

Компонент ОПОП 31.05.01. Лечебное дело

наименование ОПОП

Б1.0.43

шифр дисциплины

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Факультетская терапия

---

Разработчики:

Рыбаченко В.В.

ФИО

доцент кафедры КМ

должность

К.М.Н.

ученая степень,  
звание

Кривенко О.Г..

ФИО

зав. каф. КМ

должность

К.М.Н., ДОЦЕНТ

ученая степень,  
звание

Утверждено на заседании кафедры

Клиническая медицина

наименование кафедры

протокол № 16 от 27.02.2025г.

Заведующий кафедрой Кривенко О.Г.

ФИО



подпись

## 1. Критерии и средства оценивания компетенций и индикаторов их достижения, формируемых дисциплиной

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения Компетенции	Результаты обучения по дисциплине			Оценочные средства текущего контроля	Оценочные средства промежуточной аттестации
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
<b>ОПК-4</b> Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	<b>ИД-2<sub>ОПК-4</sub></b> Обосновывает алгоритм применения и оценки результатов использования медицинских технологий, специализированного оборудования и медицинских изделий при решении профессиональных задач.	современные методы обследования; - показания и противопоказания к назначению методов обследования при различных заболеваниях; - нормальные показатели и возможные их отклонения при патологических состояниях; - перечень медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи, в диагностике и лечении пациентов с различными видами патологии;	определить показания и противопоказания к назначению методов обследования при различных заболеваниях; - провести анализ результатов обследования и проводимого лечения; - выбрать необходимые медицинские изделия для диагностики и лечения конкретного больного;	навыками использования показателей лабораторного, функционального, инструментального обследования в диагностике заболеваний; - навыками оказания медицинской помощи используя медицинские изделия, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи	- комплект заданий для выполнения практических работ; - тестовые задания; - ситуационные задачи	Экзаменационные билеты
<b>ПК-3</b> Способен и готов к лечению пациентов с различными нозологическим и формами	<b>ИД-1<sub>ПК-3</sub></b> Разрабатывает план лечения заболевания, травмы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи (протоколы лечения, стандарты медицинской помощи); <b>ИД-2<sub>ПК-3</sub></b> Назначает ЛП, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста (дети, пожилой возраст) и	этиологию и патогенез заболеваний для определения плана лечения больных; - особенности течения патологического процесса у некоторых групп больных (пожилые, беременные женщины); - механизм действия лекарственных препаратов, показания и противопоказания к	составить план лечения больного, учитывая особенности пациента и течения заболевания; - на основании клинических, лабораторных и других данных назначить медикаментозное и немедикаментозное лечение;	навыками оценки эффективности назначенных лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания; - методиками применения и введения лекарственных препаратов в		

	клинической картины болезни, оценивает эффективность и безопасность проводимого лечения; <b>ИД-3</b> пк-3 Организует персонализированное лечение пациента (беременные женщины, пациенты старческого возраста, пациенты с психическими расстройствами), оказывает паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами;	назначению лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения, лечебного питания;	- оценить эффективность и безопасность назначенного лечения;	соответствии с показаниями;		
--	---	---	--	-----------------------------	--	--

## 2. Оценка уровня сформированности компетенций (индикаторов их достижения)

Показатели оценивания компетенций (индикаторов их достижения)	Шкала и критерии <sup>1</sup> оценки уровня сформированности компетенций (индикаторов их достижения)			
	Ниже порогового («неудовлетворительно»)	Пороговый («удовлетворительно»)	Продвинутый («хорошо»)	Высокий («отлично»)
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Минимально допустимый уровень знаний. Допущены не грубые ошибки.	Уровень знаний в объёме, соответствующем программе подготовки. Допущены некоторые погрешности.	Уровень знаний в объёме, соответствующем программе подготовки.
<b>Наличие умений</b>	При выполнении стандартных заданий не продемонстрированы основные умения, имели место грубые ошибки.	Выполнены все задания, но не в полном объёме (отсутствуют пояснения, неполные выводы)	Продемонстрированы все основные умения. Выполнены все задания в полном объёме, но некоторые с недочётами.	Продемонстрированы все основные умения. Выполнены все основные и дополнительные задания без ошибок и погрешностей.
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При выполнении стандартных заданий не продемонстрированы базовые навыки, имели место грубые ошибки.	Имеется минимальный набор навыков для выполнения стандартных заданий с некоторыми недочётами.	Продемонстрированы базовые навыки при выполнении стандартных заданий с некоторыми недочётами.	Продемонстрированы все основные умения. Выполнены все основные и дополнительные задания без ошибок и погрешностей. Продемонстрирован творческий подход к решению нестандартных задач.
<b>Характеристика сформированности компетенции</b>	Компетенции фактически не сформированы. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач.	Сформированность компетенций соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.	Сформированность компетенций в целом соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков достаточно для решения стандартных профессиональных задач.	Сформированность компетенций полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в полной мере достаточно для решения сложных, в том числе нестандартных, профессиональных задач.

### 3. Критерии и шкала оценивания заданий текущего контроля

#### 3.1 Критерии и шкала оценивания практических работ

Перечень практических работ, описание порядка выполнения и защиты работы, требования к результатам работы, структуре и содержанию отчета и т.п. представлены в методических материалах по освоению дисциплины и в электронном курсе в ЭИОС МГТУ.

Оценка/баллы	Критерии оценивания
<i>Отлично</i>	Задание выполнено полностью и правильно. Отчет по практической работе подготовлен качественно в соответствии с требованиями. Ответы на вопросы преподавателя при защите работы полные, развернутые.
<i>Хорошо</i>	Задание выполнено полностью, но нет достаточного обоснования или при верном решении допущена незначительная ошибка, не влияющая на правильную последовательность рассуждений. Все требования, предъявляемые к работе, выполнены.
<i>Удовлетворительно</i>	Задания выполнены частично с ошибками. Демонстрирует средний уровень выполнения задания на практическую работу. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
<i>Неудовлетворительно</i>	Задание выполнено со значительным количеством ошибок на низком уровне. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

#### 3.2 Критерии и шкала оценивания тестирования

Перечень тестовых вопросов и заданий, описание процедуры тестирования представлены в методических материалах по освоению дисциплины (модуля) и в электронном курсе в ЭИОС МАУ.

В ФОС включен типовой вариант тестового задания:

Выберите один правильный ответ

**1. Анемия при 2 степени тяжести ОЛБ возникает:**

- А. В 1 период.
- Б. Во 2 период
- В. В 3 период
- Г. В 4 период

**2. Для купирования приступа удушья при бронхиальной астме применяется:**

- А. Атровент.
- Б. Недокромил
- натрия.В. Интал.
- Г. Сальбутамол.

**3. Стадия выраженной дыхательной недостаточности РДСВ развивается в интервале времени:**

- А. 6 – 12 часов.
- Б. 8 – 14 часов
- В. 12 – 18 часов.
- Г. 14 – 20 часов.
- Д. 12 – 24 часа

**4. Для бронхиальной астмы характерны следующие особенности кашля:**

- А. Малопродуктивный, в конце приступа удушья.
- Б. Преимущественно в утренние часы с большим количеством зловонной мокроты.
- В. С пенистой розовой мокротой на фоне удушья.

**5. К пролонгированным бронходилататорам относится:**

- А. Сальбутамол.
- Б. Беродуал.
- В. Теофиллин.
- Г. Сальметерол

**6. Исследование каких биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ОКС**

- А. тропонин I и T
- Б. АСТ
- В. ЛДГ
- Г. Миоглобин

**7. Диагноз внебольничной пневмонии является определенным при наличии у пациента**

- А. рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани
- Б. температура тела более 37,5°C
- В. лейкоцитоз  $>9,8 \cdot 10^9/\text{л}$
- Г. Кашель

**8. Выберите 1 синдром, который можно отнести к большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки**

- А. полиартрит
- Б. лихорадка
- С. ускорение СОЭ
- Д. удлинение интервала PQ

Оценка/баллы	Критерии оценки
<i>Отлично</i>	90-100 % правильных ответов
<i>Хорошо</i>	70-89 % правильных ответов
<i>Удовлетворительно</i>	50-69 % правильных ответов
<i>Неудовлетворительно</i>	49% и меньше правильных ответов

Критерии и шкала оценивания кейс-задания

Рекомендации по выполнению кейс-заданий по дисциплине (модулю) изложены в методических материалах по освоению дисциплины (модуля), представлены в электронном курсе в ЭИОС МАУ.

В ФОС включено типовое кейс-задание:

1. Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза: в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отеки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче (белок, эритроциты). Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал преднизолон. В дальнейшем у врача не наблюдался, лечения не получал.

При осмотре: нормального телосложения, кожа бледная, сухая; пастозность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 145 и 92 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Пациент отмечает уменьшение выделяемой мочи до 600 мл в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 105 г/л, лейкоциты  $5,2 \times 10^9/л$ , палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 65%, эозинофилы 3%, моноциты 5%, лимфоциты 23%, СОЭ 12 мм/ч.

Биохимические исследования крови: общий холестерин 5,0 ммоль/л, креатинин крови 170 мкмоль/л, мочевины крови 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес 1021, белок 0,32 г/л, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2-3 в поле зрения. Альбуминурия 250 мг/сут.

СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) 55 мл/мин

2. Больной З. 40 лет, доцент БГУ, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии.

В анамнезе - язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Ухудшение состояния связывает с физической работой в саду, после которой почувствовал резкую слабость, потливость, однократно был дегтеобразный стул. С трудом добрался до города, где сразу же вызвал "скорую помощь".

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Холодный пот. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 120 в 1 мин., АД - 80/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд. в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в эпигастрии и зоне Шоффара. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

3. Больной П. 14 лет, учащийся, 3 недели тому назад выписан из инфекционной больницы, где лечился по поводу скарлатины. После переохлаждения заметил изменение цвета мочи - типа "мясных помоев".

Объективно: кожные покровы бледные. Пастозность лица. В легких везикулярное дыхание. Пульс 100 в мин., ритмичный. АД - 120/90 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца чистые, звучные. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Анализ крови: Эр. -  $3,6 \cdot 10^{12}$ , Нв. - 109 г/л, Цв.п. - 0,9; Л. -  $9 \cdot 10^9/л$ , э. - 4% п-3%, с - 60%, лимф. - 25%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.

Мочевина крови - 6,67 ммоль/л, креатинин - 156 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л, холестерин - 4,16 ммоль/л, СРБ ++

Анализ мочи: цвет "мясных помоев", уд. вес 1026, белок 0,99%, эр.- свежие и выщелоченные сплошь в п. зр. Клубочковая фильтрация при пробе Реберга-Тареева - 70 мл/мин.

ЭКГ - Синусовая тахикардия.

Осмотр окулиста: Глазное дно не изменено.

Оценка/баллы	Критерии оценки
<i>Отлично</i>	Выполнены соответствующие требования в полном объеме. Используются системный и ситуативный подходы, представлено аргументированное рассуждение по проблеме, определены причины возникновения заболевания,

	определен план диагностики, лечения больного, выявлены риски и возможные осложнения, пути их профилактики.
<i>Хорошо</i>	Правильно определены причины возникновения заболевания, определен план диагностики, лечения больного, выявлены риски и возможные осложнения, пути их профилактики. Но недостаточно четко и последовательно аргументированы выбранные пути решение ситуации.
<i>Удовлетворительно</i>	Представлены рассуждения по проблеме, определены цели, задачи, причины патологии. Частично, с некоторыми ошибками представлен план диагностики и лечения, не знает возможных осложнений.
<i>Неудовлетворительно</i>	Задание не выполнено.

#### **4. Критерии и шкала оценивания результатов обучения по дисциплине при проведении промежуточной аттестации**

##### Критерии и шкала оценивания результатов освоения дисциплины с экзаменом

Для дисциплин, заканчивающихся экзаменом, результат промежуточной аттестации складывается из баллов, набранных в ходе текущего контроля и при проведении экзамена:

В ФОС включен список вопросов и заданий к экзамену и типовой вариант экзаменационного билета

##### **Вопросы к экзамену**

1. Атеросклероз: определение, этиология, патогенез, факторы риска, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
2. Ишемическая болезнь сердца: определение, этиология, классификация клинических форм, методы диагностики ишемии миокарда, антиангинальная терапия, профилактика.
3. Стабильная стенокардия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Нестабильная стенокардия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
5. Острый коронарный синдром: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
7. Отек легких: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Кардиогенный шок: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
9. Хроническая сердечная недостаточность: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
10. Гипертоническая болезнь: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
11. Симптоматические артериальные гипертензии: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Эндокринные артериальные гипертензии (тиреотоксикоз, феохромоцитома, болезнь и синдром Кушинга, первичный альдостеронизм): клиника, диагностика, лечение.
13. Почечные артериальные гипертензии (артериальная гипертензия при хронических заболеваниях почек, вазоренальная артериальная гипертензия): клиника, диагностика, лечение.
14. Гипертонический криз: определение, предрасполагающие факторы и триггеры, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
15. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Кардиомиопатии: определение, этиология, патогенез, классификация.
17. Дилатационная кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Гипертрофическая кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

19. Алкогольная кардиомиопатия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
20. Перикардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
21. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Пароксизмальная желудочковая тахикардия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
23. Фибрилляция предсердий: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
24. Нарушение атриовентрикулярной проводимости: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
25. Алгоритм проведения базовой сердечно-легочной реанимации.
26. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
27. Острая ревматическая лихорадка: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
28. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
29. Недостаточность митрального клапана: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Митральный стеноз: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
31. Недостаточность аортального клапана: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Аортальный стеноз: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
33. Пневмония: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
34. Септический шок: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Плевриты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
36. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение, профилактика.
37. Бронхиальная астма: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
38. Астматический статус (жизнеугрожающее обострение бронхиальной астмы): определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
39. Легочная гипертензия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
40. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
41. Синдром раздраженного кишечника: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
42. Язвенный колит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
43. Болезнь Крона: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
44. Желудочно-кишечное кровотечение: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
45. Хронический панкреатит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
46. Хронический холецистит: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
47. Хронические вирусные гепатиты В, С: определение, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
48. Аутоиммунный гепатит: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Алкогольная болезнь печени: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
50. Неалкогольная жировая болезнь печени: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Циррозы печени: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
52. Печеночная энцефалопатия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
53. Острый гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение,

профилактика, осложнения.

54. Острое почечное повреждение: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
55. Хронический гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
56. Хронический пиелонефрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
57. Хроническая болезнь почек: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
58. Остеоартрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
59. Остеопороз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
60. Подагра: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
61. Ревматоидный артрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
62. Системная красная волчанка: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
63. Системная склеродермия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
64. Системные васкулиты: определение, этиология, патогенез, классификация.
65. Узелковый полиартериит: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
66. Неспецифический аортоартериит: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
67. Железодефицитная анемия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
68. В12-дефицитная анемия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
69. Гемолитические анемии: определение, этиология, патогенез, классификация.
70. Аутоиммунная гемолитическая анемия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
71. Острый лейкоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
72. Истинная полицитемия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
73. Хронический миелоидный лейкоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
74. Хронический лимфоцитарный лейкоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
75. Геморрагические диатезы: определение, этиология, патогенез, классификация, типы кровоточивости.
76. Гемофилия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
77. Геморрагический васкулит (IgA-васкулит): определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
78. Наследственная телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера): определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
79. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (первичная иммунная тромбоцитопения): определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
80. Анафилактический шок: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

### Типовой вариант экзаменационного билета:

<p>МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «МУРМАНСКИЙ АРКТИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1</p> <p>по дисциплине «Факультетская терапия»</p> <p>1. Отек легких: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. 2. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. 3. В12-дефицитная анемия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>Экзаменационные билеты рассмотрены и утверждены на заседании кафедры от « ____ » _____ 2024 года, протокол № _____</p> <p>Зав. кафедрой _____ Кривенко О.Г.</p>
---

Оценка	Критерии оценки ответа на экзамене
<i>Отлично</i>	Обучающийся глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса. Владеет специальной терминологией, демонстрирует общую эрудицию в предметной области, использует при ответе ссылки на материал специализированных источников, в том числе на Интернет-ресурсы.
<i>Хорошо</i>	Обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет специальной терминологией на достаточном уровне; могут возникнуть затруднения при ответе на уточняющие вопросы по рассматриваемой теме; в целом демонстрирует общую эрудицию в предметной области.
<i>Удовлетворительно</i>	Обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, плохо владеет специальной терминологией, допускает существенные ошибки при ответе, недостаточно ориентируется в источниках специализированных знаний.
<i>Неудовлетворительно</i>	Обучающийся не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, не владеет специальной терминологией, не ориентируется в источниках специализированных знаний. Нет ответа на поставленный вопрос.

Оценка, полученная на экзамене, переводится в баллы («5» - 20 баллов, «4» - 15 баллов, «3» - 10 баллов) и суммируется с баллами, набранными в ходе текущего контроля.

Итоговая оценка по дисциплине	Суммарные баллы по дисциплине, в том числе	Критерии оценивания
<i>Отлично</i>	91 - 100	Выполнены все контрольные точки текущего контроля на высоком уровне. Экзамен сдан

<i>Хорошо</i>	81-90	Выполнены все контрольные точки текущего контроля. Экзамен сдан
<i>Удовлетворительно</i>	70- 80	Контрольные точки выполнены в неполном объеме. Экзамен сдан
<i>Неудовлетворительно</i>	69 и менее	Контрольные точки не выполнены или не сдан экзамен

**5. Задания диагностической работы** для оценки результатов обучения по дисциплине (модулю) в рамках внутренней и внешней независимой оценки качества образования

ФОС содержит задания для оценивания знаний, умений и навыков, демонстрирующих уровень сформированности компетенций и индикаторов их достижения в процессе освоения дисциплины.

Комплект заданий разработан таким образом, чтобы осуществить процедуру оценки каждой компетенции, формируемых дисциплиной, у обучающегося в письменной форме.

Содержание комплекта заданий включает: *тестовые задания, ситуационные задания,*

**Комплект заданий диагностической работы**

<b>Код и наименование компетенции ОПК-4</b> Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	
1	АД 145/100 мм рт.ст. соответствует 1. <b>АГ 2-ой степени</b> 2. АГ 1-ой степени 3. АГ 3-ой степени 4. высокому нормальному АД
2	97. ЭКГ- признаком ГЛЖ согласно индексу Соколова-Лайона SV1+RV5/V6 является 1. > 35 мм 2. >38 мм 2. $\geq 35$ мм 3. $\geq 38$ мм
3	Всем пациентам с подозрением на внебольничную пневмонию рекомендуется 1. <b>обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой</b> 2. и боковой проекциях 3. фибробронхоскопия 4. компьютерная томография 5. исследование функции внешнего дыхания
Какая стадия ХОБЛ у пациента, если ОФВ1 составляет 47%	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. III</li> <li>2. IV</li> <li>3. I</li> <li>4. II</li> </ol>
	<p>При гипертонической болезни на верхушке сердца отмечается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. усиление 1 тона</li> <li>2. ослабление 1 тона</li> <li>3. усиление 2 тона</li> <li>4. ослабление тона</li> </ol>
	<p>Хронический бронхит обычно определяется клинически как наличие</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. кашля с продукцией мокроты, по крайней мере, 3-х мес в течение</li> <li>2. последующих двух лет</li> <li>3. бронхиальной обструкции</li> <li>4. кашля не более 3-х мес</li> <li>5. не проходящего кашля в течение 2-х лет</li> </ol>
	<p>ХОБЛ проявляется признаками</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. экспираторного ограничения воздушного потока</li> <li>2. инспираторного ограничения воздушного потока</li> <li>3. гипертермией</li> <li>4. ничего из перечисленного</li> </ol>
	<p>Дайте морфологическую характеристику эритроцитов у больных с железодефицитной анемией</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. микроцитоз, пойкилоцитоз, анизоцитоз</li> <li>2. серповидные эритроциты, анизоцитоз</li> <li>3. мегалоциты, пойкилоцитоз</li> <li>4. мишеневидные эритроциты, пойкилоцитоз</li> </ol>
	<p>Пациентка 68 лет с мягкой артериальной гипертензией и болями в пояснице. При обследовании выявлены выраженная протеинурия (до 8 г/сут), повышенная концентрация белка в плазме крови (95 г/л). Вероятный диагноз</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. миеломная болезнь</li> <li>2. амилоидоз</li> <li>3. хронический гломерулонефрит</li> <li>4. хронический пиелонефрит</li> </ol>
	<p>Тактика участкового врача при выявлении у пациента в периферической крови бластных клеток 34%</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. немедленная госпитализация</li> <li>2. консультация гематолога</li> </ol>

	3. стерильная пункция 4. трепанобиопсия	
<b>Код и наименование компетенции</b> Способен и готов к лечению пациентов с различными нозологическими формами		
1	<p>Больной, 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.</p> <p>Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставить диагноз.</li> <li>2. Провести дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Наметить план обследования.</li> <li>4. Наметить план лечения.</li> </ol> <p><b>Результаты дополнительного обследования</b></p> <p>ЭКГ - прилагается.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общий анализ крови : эр. - <math>4,5 \times 10^{12}</math>, лейкоц. - <math>10,5 \times 10^9</math>, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.</li> <li>2. Свертываемость крови - 3 мин.</li> <li>3. ПТИ - 100 %.</li> <li>4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.</li> <li>5. Рентгенография - прилагается.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ИБС: инфаркт миокарда</li> <li>2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.</li> <li>3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.</li> <li>4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.</li> </ol>
2	<p>Больной Д., 55 лет, учитель в средней школе, обратился на прием к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу экстрасистолии (вероятно желудочковой).</li> <li>2. План обследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, велоэргометрия, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.</li> <li>3. Дифференциальная диагностика синдрома экстрасистолии (вариант нормы, кардиальное происхождение, внесердечные причины).</li> </ol>

	<p>тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить предварительный диагноз.</li> <li>2. Наметить план дообследования больного.</li> <li>3. Провести дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Определить тактику лечения.</li> </ol> <p><b>Результаты дополнительного обследования</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЭКГ - прилагается.</li> <li>2. Суточное мониторирование по Холтеру - выявление политопности экстрасистол, групповых, определение количества экстрасистол в час - более 30 в час.</li> <li>3. ЭХО-КС - умеренное расширение полости левого желудочка (5,7 см); снижение сократительной способности миокарда.</li> <li>4. Велозргометрия - увеличение количества экстрасистол при увеличении частоты сердечных сокращений.</li> <li>5. АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102% , свертываемость- - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (преобладают липопротеиды низкой плотности).</li> <li>6. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.</li> <li>7. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, п -1-2 в п/зр.</li> <li>8. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.</li> <li>9. Анализ крови общий - Нв - 144 г/л, л - 6,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ -4 мм/час.</li> </ol>	<p>4. Лечение: В-блокаторы, кордарон, этмозин, аллопенин, ритмонорм. Оценка эффективности лечения по суточному мониторингованию - уменьшение количества экстрасистол на 70%.</p>
3	<p>Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. - 3,0x10<sup>10</sup>/л, Нв - 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. - 7,8x10<sup>9</sup>/л, формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. План обследования.</li> <li>3. Дифференциальный диагноз.</li> <li>4. Лечение. Показания к гемодиализу.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз: хронический гломерулонефрит, латентный (по клинической классификации Тареева), осложнение: ХПН, 3 интермитирующая стадия (по классификации Лопаткина), артериальная гипертензия, анемия.</li> <li>2. План обследования: УЗИ почек с целью уточнения размеров почек, состояния паренхимы. Проба Реберга.</li> <li>3. Диф. диагноз: с острой почечной недостаточностью, так как есть гиперкреатининемия. В пользу хронической - протеинурия в анамнезе, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония, уменьшение размеров почек по УЗИ.</li> <li>4. Причина ХПН - латентный гломерулонефрит или латентный пиелонефрит. Наиболее вероятен гломерулонефрит (умеренная протеинурия, а анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, по данным УЗИ симметричный процесс в</li> </ol>

	<p><b>Результаты дополнительного обследования:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры - 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.</li> <li>Проба Реберга: см. задачу.</li> </ol>	<p>почках). На данный момент диф. диагноз причины ХПН труден. Важно выявление и уточнение стадии ХПН, так как от этого зависит тактика ведения больного.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Лечение: низкобелковая диета, некоторое ограничение соли (так как есть АГ, полное исключение соли при ХПН противопоказано, особенно в начальных стадиях). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать.</li> <li>Гипотензивные (в данной стадии применение ИАПФ осторожно, опасно снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия).</li> <li>Энтеросорбенты. Слабительные.</li> <li>Лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа.</li> <li>Показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15 - 10 мл/мин, важно не пропустить срок ввода больного в гемодиализ при ХПН.</li> </ol>
4	<p>У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - 4,6x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 8,3x10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 20 мм/час.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Предварительный диагноз.</li> <li>План обследования.</li> <li>Дифференциальный диагноз.</li> <li>Лечение.</li> </ol> <p><b>Результаты дополнительного обследования</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л - 130 мкмоль/л - 100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л - 90 мкмоль/л - 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л - 200 мкмоль/л - 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).</li> <li>Анализ крови на электролиты: К - 5,3 ммоль/л, Na - 150 ммоль/л, Ca - 2,2 ммоль/л, Cl - 97 ммоль/л</li> <li>АСЛ-О - 320 ед.</li> <li>Общий белок: 65 г/л</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Предварительный диагноз: острый нефритический синдром.</li> <li>Диф. диагноз: острый гломерулонефрит, обострение хронического гломерулонефрита, начало подострого гломерулонефрита.</li> <li>План обследования: динамика уровня креатинина, электролитов. Уровень противострептококковых антител. Общий белок, фракции. УЗИ почек (увеличение размеров, отек паренхимы). Глазное дно: ретинопатия при хроническом и подостром гломерулонефрите. Рентгенография грудной клетки (признаки застойных явлений). Нефробиопсия.</li> <li>Лечение: при остром - симптоматическое (бессолевая диета, ограничение белка, салуретики, гипотензивные), антиагреганты, антикоагулянты, глюкокортикостероиды при неэффективности, при хроническом - патогенетическая терапия, при подостром - пульс-терапия, плазмаферез.</li> </ol>

	<p>5. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.</p> <p>6. Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.</p> <p>7. Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.</p> <p>8. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.</p> <p>9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть расценена как острый гломерулонефрит.</p> <p>10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).</p>	
5.	<p>Больная В., 57 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, препаратами золота, НПВС. Год назад впервые выявлена протеинурия - 1,3 г/л. В настоящее время появились отеки ног. Для уточнения характера поражения почек поступила в клинику. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Лабораторные данные: Нв - 130 г/л, СОЭ - 64 мм/час, тромбоциты - 483x10<sup>9</sup>/л, общий белок - 42 г/л, альбумины - 19 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, суточная протеинурия - 8,2 г.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. План обследования. Какой наиболее достоверный способ диагностики заболевания почек.</li> <li>3. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз.</li> <li>4. Лечение.</li> </ol> <p><b>Результаты дополнительного обследования</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Предварительный диагноз: нефротический синдром, который при ревматоидном артрите может быть связан с амилоидозом почек, гломерулонефрите, как системным проявлением РА, лекарственной “золотой” нефропатией.</li> <li>2. План обследования: закрытая пункционная нефробиопсия.</li> <li>3.Диф. диагноз: см. выше. Окончательный диагноз после морфологического заключения.</li> <li>4.Лечение: колхицин 1-2 мг в сутки при амилоидозе, при нефрите - глюкокортикостероиды и/или цитостатики.</li> </ol>

	<p>до 12, во всех клубочках утолщение базальной мембраны с удвоением, скудная пролиферация клеток мезангия. Эпителлий канальцев в состоянии белковой дистрофии, в строме очаговая лимфоидная инфильтрация. Заключение: мембранозная нефропатия.</p> <p>2. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы, корковый и мозговой слой с числом клубочков до 6, 2 из которых склерозированы, остальные клубочки обычных размеров, с отложением в капиллярных петлях гомогенных аморфных масс (+ окраска конго-рот). Заключение: амилоидоз почек.</p>	
6	<p>Больная ,32 лет, продавец в магазине “Молоко”, заболела остро 22.08 вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08 боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4*С. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из трех человек. Члены семьи здоровы. Заболевание желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.</p> <p>Объективно: больная вялая, температура тела 38,8*С. Тургор кожи снижен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс - 96 в мин., ритмичный. АД - 115/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз и его обоснование.</li> <li>2. Как следует решить вопрос о госпитализации.</li> <li>3. Какие документы следует оформить при выявлении больного острой дизентерией.</li> <li>4. Какие лабораторные исследования следует провести у данной больной.</li> <li>5. Наметить план лечения больной.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Диагноз: острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести. Диагноз основывается на наличии синдрома интоксикации (озноб, повышение температуры тела, головная боль) и дистального колита (схваткообразная боль внизу живота, больше слева, частый жидкий стул со слизью и прожилками крови, спазм и болезненность сигмовидной кишки).</li> <li>2.Больная подлежит госпитализации по клиническим (средняя тяжесть течения заболевания) и эпидемиологически (относится к декретированной группе) показаниям.</li> <li>3.Врач, первично установивший диагноз “острая дизентерия”, заполняет амбулаторную карту, экстренное извещение (ф. 58), а при направлении на госпитализацию - выписку из амбулаторной карты и талон на госпитализацию, а также регистрирует больного в журнале по учету инфекционной заболеваемости.</li> <li>4.Врачу амбулатории необходимо назначить бактериологическое исследование испражнений больной на бактерии дизентерийной группы.</li> <li>5.Режим с ограничением физических нагрузок. Диета. Этиотропная, дезинтоксикационная терапия. Спазмолитики, десенсибилизирующие, адсорбирующие и вяжущие средства, репаративные препараты.</li> </ol>
7	<p>Больной К., 35 лет, заболел остро: появился сильный озноб, ломота в теле, головная боль, температура повысилась до 39,8*С. Одновременно появился сухой кашель и довольно сильные боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Можно. На основании острейшего бурного начала болезни, высокой лихорадки, тяжелой интоксикации, болей в</li> </ol>

	<p>Самостоятельно принимал аспирин, анальгин, но температура снижалась незначительно, самочувствие ухудшалось, стала нарастать одышка, однократно была рвота, и больной вызвал скорую помощь. При осмотре: состояние тяжелое, температура 40,2*С, больной вял, с трудом разговаривает (мешает одышка). Лицо гиперемировано, склерит, конъюнктивит, герпетические высыпания на губах, акроцианоз. Дыхание поверхностное, 40 в мин. В легких слева укорочение перкуторного звука ниже уровня 1У ребра, там же дыхание резко ослаблено, в нижних отделах дыхание не выслушивается, на уровне У-УІ ребра шум трения плевры. Над правым легким дыхание не изменено, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 128 в мин., АД - 90/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены; моча немного темнее обычного. Язык сухой, негусто обложен белым налетом, энантемы на слизистой полости рта нет. Менингеальных симптомов нет. Накануне заболевания вернулся из командировки из Вьетнама.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Можно ли заподозрить чуму, и, если да, то на основании чего.</li> <li>2. Какой диагноз наиболее вероятен.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> </ol>	<p>грудной клетке, кашля, резкой одышки, гиперемии лица, склерита, конъюнктивита, глухости сердечных тонов, тахикардии, гипотонии, а также данных эпиданамнеза (выезд в эндемичный район) можно заподозрить первично-легочную форму чумы.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Учитывая сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием, укорочение перкуторного звука и резкое ослабление дыхания над большим участком одного легкого, шум трения плевры, наиболее вероятно крупозная пневмония.</li> <li>3. Дифференциальный диагноз. Для тяжелой пневмонии характерно острое начало с озноба, быстрый подъем температуры до высоких цифр, боли в грудной клетке при дыхании, кашель, одышка. Тахикардию Укорочение перкуторного звука, влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация. При пневмониях интоксикация менее тяжелая, чем при чуме и развивается не столь стремительно. Нет сильнейших “разрывающих” болей за грудиной. Мокрота скудная, в отличие от обильной жидкой при чуме. Часто герпетические высыпания на губах и крыльях носа. Физикальные данные соответствуют тяжести состояния больного. Не бывает гепатоспленомегалии</li> </ol>
8	<p>Больной В., 45 лет, обратился к врачу повторно 08.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38*С. Считает себя больным с 04.01, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 37,8*С, отмечалась ломота в теле. С 05.01 присоединились скудные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, рутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 07.01 температура тела была нормальная. 08.01 появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38*С.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе небольшая зернистость.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острое начало болезни, озноб, костно-мышечная боль, боль в области лба, повышение температуры тела, присоединение насморка, першения в горле, кашля, боли в области трахеи, гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, улучшение самочувствия с последующим его ухудшением, появление болей в груди, усиление кашля, данные перкуссии и аускультации позволяют поставить диагноз: грипп, осложнение, левосторонняя очаговая пневмония.</li> <li>2. По клиническим и эпидемиологическим показаниям необходима госпитализация.</li> <li>3. Постельный режим, антибиотики широкого спектра действия, сердечно-сосудистые средства, вдыхание увлажненного кислорода, отхаркиваю</li> </ol>

	<p>Число дыханий - 26 в мин. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс соответствует температуре. АД - 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.</li> <li>3. План лечения.</li> </ol>	
9	<p>У больной Л., 32 лет, работающей ткачихой, в течение последних двух месяцев появились приступы удушья экспираторного характера, чаще в ночное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В анамнезе: часто болела пневмониями.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС - 96 в 1 мин. Пульс - 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД - 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить предварительный диагноз.</li> <li>2. Наметить план дополнительного дообследования.</li> <li>3. Провести дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Определить тактику лечения.</li> </ol> <p><b>Результаты дополнительного обследования</b></p> <p>Рентгенограмма - прилагается (вне приступа в пределах нормы).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ФВД после купирования приступа удушья в пределах нормы.</li> <li>2. ЭКГ - прилагается (вне приступа в пределах нормы).</li> <li>3. Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.</li> <li>4. Анализ крови: эр. - <math>5,3 \times 10^{12}</math>; Нв - 136 г/л, ц.п. - 0,8; л - <math>5,5 \times 10^9</math>, э - 15%, п - 2%, с - 58%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 5 мм/час.</li> <li>5. Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в п/зр., эозинофилы - 5-7 в п/зр., спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз: бронхиальная астма, атопическая форма (аллергия к производственной пыли?). Обследование.</li> <li>2. План дообследования: определение уровня IgE, рентгенография органов грудной клетки и околоносовых пазух, ФВД с проведением фармакологических проб, консультация аллерголога и проведение кожных аллергических проб, ЭКГ.</li> <li>3. Дифференциальный диагноз проводится: <ul style="list-style-type: none"> <li>- с обструктивным синдромом неаллергической природы ("синдромная астма")</li> <li>- с хроническим обструктивным бронхитом</li> <li>- с кардиальной астмой</li> <li>- с истероидным нарушением дыхания</li> <li>- с механической закупоркой верхних дыхательных путей (обтурационная астма).</li> </ul> </li> <li>4. Тактика лечения: купирование приступа удушья - ингаляция симпатомиметиков, в/в введение эуфиллина; в дальнейшем по показаниям - ингаляция симпатомиметиков, применение метилксантинов, интала или задитена, муколитиков, при необходимости глюкокортикоидов.</li> </ol>
10	<p>Больной С., 49 лет, шофер. На амбулаторном приеме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз: ИБС - стабильная стенокардия напряжения, ФК П.</li> </ol>

время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Болен в течение 2-х месяцев, лечился вначале у невропатолога с диагнозом "Межреберная невралгия". Принимал анальгин, горчичники, физиотерапевтические процедуры, но состояние не улучшилось. Длительно много курит. Страдает гипертонической болезнью. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточный вес. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Незначительное расширение сердца влево. На верхушке сердца ослабление 1 тона, над аортой - акцент II тона. АД - 170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 88 в минуту, несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей. ЭКГ в покое без особенностей.

1. Установите диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.

#### **Результаты дополнительного обследования**

1. Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.
2. Холтеровское мониторирование: выявлено 4 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время подъемов по лестнице на 2-3-й этаж.
3. Эхокардиоскопия - утолщение задней стенки левого желудочка.
4. Общий анализ крови: эр. -  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты -  $240 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $5,5 \times 10^9/л$ , пал. - 2%, эоз.- 3%, сегм. - 65%, лимф. - 28%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/ час, холестерин - 8,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,6 г/л, ПТИ - 100%, время свертывания - 4 мин., сахар - 5,5 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, калий - 4,0 ммоль/л, кальций - 2,4 ммоль/л, креатинин - 0,1 ммоль/л.
5. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1016, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет. Проба по Зимницкому: уд. вес - 1016-1020; дневной диурез - 800,0 мл; ночной диурез - 300,0 мл; об. диурез - 1100,0 мл.
6. Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки, Salus 1-П.
7. Консультация невропатолога: патологии не выявлено.

Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь II стадии, ожирение 1 степени.

2. План дополнительного обследования: велоэргометрия, холтеровское мониторирование, эхокардиоскопия, общий анализ крови, анализ крови на холестерин, бета-липопротеиды, ПТИ, время свертывания, сахар, общий анализ мочи, проба по Зимницкому, анализ крови на электролиты, креатинин, консультация окулиста и невропатолога.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с межреберной невралгией, синдромом Титце, плече-лопаточным периартритом, нейро-циркуляторной дистонией по кардиальному типу, миокардитом, перикардитом.

4. Принципы лечения:

антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бета-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция;

терапия дезагрегантами (аспирин по 0,25 на ночь);

гиполипидемическая терапия (зокор, мевакор, мисклерон, липамид, пшеничные отруби);

гипотензивная терапия бета-блокаторами, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ;

седативная терапия (реланиум, седуксен).

