

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России в г. Владимире

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)

Специальность: 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)
код, наименование

Кафедра: госпитальной терапии и общей врачебной практики им В.Г. Вогралика

Форма обучения очная

Владимир
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Общая врачебная практика» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Общая врачебная практика». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Общая врачебная практика» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 УК-2 УК-3 УК-4 ОПК-1 ОПК-2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Текущий	Раздел 1. Терапия	Тестовые задания
		Раздел 2. Основы ЭКГ	
		Раздел 3. Гериатрия	Ситуационные задачи
		Раздел 4. Основы медицинской профилактики и диетологии	Ситуационные задачи
		Промежуточный	Раздел 5. Профпатология
		Все разделы дисциплины	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Раздел 1. Терапия

Тестовые задания с вариантами ответов	
1.	Триада симптомов, наиболее характерных для хронического бронхита, включает: а) выделение мокроты; б) кашель; в) легочную гипертензию; г) боли в грудной клетке; д) одышку.
2.	Основные клинические признаки бронхиальной обструкции: а) плохое откашливание мокроты; б) экспираторная одышка; в) признаки эмфиземы легких; г) двусторонние крепитирующие хрипы; д) «поющие» сухие хрипы.
3.	Женщина 32 лет больна 2 месяца, в течение которых ее беспокоят повышение температуры тела до 39°С с ознобами, одышка при незначительной физической нагрузке, головные боли. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами, сульфаниламидами, однократно проведен пятидневный курс лечения амоксициллином. Температура тела 38,2°С, кожные покровы бледные, единичные петехиальные экзантемы на коже лица и ладонях, пульс — 100 ударов в минуту, АД 140/20 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, вдоль левого края грудины выслушивается высокочастотный диастолический шум, следующий сразу за II тоном, гепатоспленомегалия. Наиболее вероятно, что у больной: а) ревматизм, активная фаза, и митральный стеноз; б) инфекционный эндокардит и аортальная недостаточность; в) ревматизм, активная фаза, и аортальная недостаточность; г) миокардит и дилатация всех камер сердца; д) все ответы неверны.
4.	Семилетний ребенок болен 5-й день. Температура тела 37,6°С. Жалобы на затрудненное дыхание, инспираторную одышку, слабость. В зеве налеты, говорит шепотом, кожа бледная, ЧСС 120 в минуту, тоны сердца глухие, левая граница сердечной тупости на 2 см кнаружи от соска, предположительный диагноз: а) ложный круп; б) ангина; в) ревматизм; г) ОРВИ, миокардит; д) дифтерия.
5.	Приступ желчной колики сопровождается а) острой болью б) рвотой в) лихорадкой г) всем перечисленным

д) верно а) и б)

6. Больной 56 лет обратился с жалобами на запоры, появление крови в кале, изменение формы кала (лентовидный), боли внизу живота. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые оболочки бледноватые, живот умеренно вздут в остальном пальпация живота без особенностей. В первую очередь больному необходимо провести:

- а) ирригоскопию;
- б) определение копрограммы;
- в) пальцевое исследование прямой кишки;
- г) ректороманоскопию;
- д) фиброколоноскопию.

7. У больного 20 лет, астеника, на фоне нейроциркуляторной дистонии появились тупые боли в правом подреберье, провоцирующиеся стрессовыми ситуациями, без повышения температуры. При обследовании конкрементов в желчных путях не выявлено, на холецистограммах желчный пузырь уменьшен, при дуоденальном зондировании объем порции В 15 мл, время 3 минуты. Наиболее вероятно, что у больного:

- а) хронический холецистит;
- б) дискинезия желчных путей по гипомоторному типу;
- в) дискинезия желчных путей по гипермоторному типу.

8. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются все перечисленные, кроме

- а) кишечных кровотечений
- б) болей в животе
- в) поносов
- г) перианальных абсцессов

9. Абсолютные противопоказания к применению нитратов:

- а) нестабильная стенокардия;
- б) глаукома;
- в) острый инфаркт миокарда правого желудочка, острое нарушение мозгового кровообращения, кардиогенный шок;
- г) острый инфаркт миокарда левого желудочка;
- д) недостаточность кровообращения II стадии.

10. При длительном применении способны вызывать повышение АД:

- а) гормональные контрацептивы;
- б) трициклические антидепрессанты (амитриптилин, триптизол);
- в) производные метилксантина;
- г) нестероидные противовоспалительные средства

11. Больная 34 лет жалуется на приступы мучительных головных болей, которые сопровождаются чувством страха, потливостью, ощущением покалывания в пальцах рук и ног, сердцебиением, болями в области сердца. АД в момент приступа 200/115 мм рт. ст. При попытке встать с постели развивается обморок. Наиболее вероятно, что у больной:

- а) злокачественная форма гипертонической болезни;
- б) феохромоцитомы;
- в) нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу;

- г) опухоль юкстагломерулярного аппарата.
12. У больного 65 лет, страдающего эссенциальной гипертензией, на фоне монотерапии клофелином несколько часов назад АД повысилось до 225/115 мм рт. ст., появились головная боль, головокружение, слабость в правой верхней конечности, рвота. Причина ухудшения состояния:
- а) недостаточная терапия (не назначен диуретик) - повысилась реабсорбция натрия;
 - б) особенности гипертензии у лиц пожилого возраста;
 - в) инсульт;
 - г) венозная недостаточность головного мозга;
 - д) острый инфаркт миокарда.
13. Лечение артериальной гипертензии у больных с феохромоцитомой целесообразно начинать:
- а) с назначения α -адреноблокаторов и при необходимости добавлять β -адреноблокаторы;
 - б) с назначения β -адреноблокаторов и при необходимости добавлять α -адреноблокаторы.
14. Больной 62 лет, перенесший инфаркт миокарда, обратился к врачу по поводу головных болей и головокружения. Пульс 86 в минуту, АД 200/100 мм рт. ст., признаков сердечной недостаточности нет, имеются проявления облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Для коррекции артериальной гипертензии больному целесообразно назначить:
- а) атенолол;
 - б) верапамил;
 - в) амлодипин;
 - г) гипотиазид.
15. Для больного неспецифическим язвенным колитом в клиническом анализе крови характерны:
- а) гипохромная анемия;
 - б) гиперхромная макроцитарная анемия;
 - в) лейкоцитоз; г) лейкопения;
 - д) сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
16. У мужчины 65 лет при оформлении санаторно-курортной карты снята ЭКГ, на которой зарегистрирована атриовентрикулярная блокада II степени 2-го типа (Мобитц-2), проведение 2:1, частота сокращений желудочков 44 в минуту. При целенаправленном расспросе жалоб не выявлено. Больной нуждается:
- а) в имплантации кардиостимулятора, работающего в постоянном режиме;
 - б) в имплантации кардиостимулятора в режиме «по требованию»;
 - в) в плановом обследовании и динамическом наблюдении;
 - г) в экстренной госпитализации в кардиологическое отделение.
17. Показания к постоянной кардиостимуляции:
- а) атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса;
 - б) рефрактерная сердечная недостаточность на фоне полной атриовентрикулярной блокады с частотой сердечных сокращений 50 в минуту;
 - в) полная атриовентрикулярная блокада с частотой сердечных сокращений 40 в минуту независимо от состояния гемодинамики.

18. Спровоцировать сердечную недостаточность из-за задержки жидкости или снижения сократимости миокарда могут:
- бета-адреноблокаторы;
 - стероидные гормоны;**
 - нестероидные противовоспалительные средства;
 - диуретики;
 - цитостатики-антрациклины.
19. При лечении гипертонического криза предпочтительны:
- папаверин;
 - клофелин;
 - нитропруссид натрия;**
 - коринфар;
 - но-шпа.
20. Купировать гипертензивный криз у больного с феохромоцитомой предпочтительнее с помощью:
- бета-адреноблокаторов;
 - альфа-адреноблокаторов;**
 - гидрокортизона;
 - мочегонных;
 - ганглиоблокаторов.
21. Структурой заболеваемости называется:
- удельный вес (в процентах) зарегистрированных заболеваний различными классами болезней и отдельными болезнями по отношению к общему числу заболеваний, принимаемому за 100%;
 - число вновь выявленных заболеваний различными классами болезней или отдельными болезнями, отнесенное к средней численности населения.
22. При микронодулярном (портальном) циррозе печени:
- желтуха появляется в ранние сроки заболевания;
 - портальная гипертензия опережает функциональную недостаточность печени;**
 - печеночная недостаточность появляется в ранние сроки заболевания;
 - звездчатые телеангиэктазии, ладонная эритема;
 - печень увеличена, безболезненна, поверхность ровная, гладкая, край острый

Раздел 2. ЭКГ

Тестовые задания с вариантами ответов

- У больного, перенесшего острый инфаркт миокарда, появились боли в грудной клетке, лихорадка, шум трения перикарда, увеличение СОЭ, динамика изменений ЭКГ при этом без особенностей. Ваш диагноз
 - распространение зоны поражения миокарда
 - идиопатический перикардит
 - постинфарктный синдром (синдром Дресслера)**
 - разрыв миокарда
 - разрыв сердечных хорд
- При жалобах на загрудинные боли диагноз инфаркта миокарда можно установить при наличии следующих данных электрокардиографического исследования
 - ЭКГ не изменена
 - атриовентрикулярная блокада I степени
 - синусовая тахикардия

- г) патологическое отклонение электрической оси сердца
д) **ни в одном случае**
3. Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является
- а) изменение комплекса QRS
б) инверсия зубца Т
в) нарушение сердечного ритма
г) **подъем сегмента ST**
д) появление зубца Q
4. Прямые признаки заднего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируются в следующих отведениях
- а) I, aVL, V1-V4
б) **II, III, aVF**
в) I, aVL, V5-V6
г) aVL, V1-V2
д) V1-V6
5. Основным электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является
- а) подъем сегмента ST в нескольких отведениях
б) депрессия сегмента ST в нескольких отведениях
в) **появление комплекса QS в двух и более отведениях**
г) блокада левой ножки пучка Гиса
д) нарушение сердечного ритма
6. Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если
- а) длительность комплекса QRS превышает 0.12 с
б) отсутствует зубец Q в отведениях V5-V6
в) имеется комплекс QS в отведениях V1-V2
г) **имеются комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6**
7. При остром инфаркте миокарда в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности
- а) аспарагиновой трансаминазы (АСТ)
б) креатинфосфокиназы (КФК)
в) лактатдегидрогеназы (ЛДГ)
г) аланиновой трансаминазы (АЛТ)
д) **миоглобина**
8. Пик активности аспарагиновой трансаминазы (АСТ) при остром инфаркте миокарда отмечается через
- а) 2-6 час
б) **1-2 суток**
в) 3-4 суток
г) 4-6 суток
д) 6-8 суток

9. Дольше других при остром инфаркте миокарда удерживается повышенный уровень активности одного из следующих ферментов
- миоглобина
 - креатинфосфокиназы (КФК)
 - аланиновой трансаминазы (АЛТ)
 - аспарагиновой трансаминазы (АСТ)
 - лактатдегидрогеназы (ЛДГ)**
10. Для острого инфаркта миокарда характерно повышение активности фракций лактатдегидрогеназы (ЛДГ)
- ЛДГ-1
 - ЛДГ-1 и ЛДГ-2**
 - ЛДГ-2 и ЛДГ-3
 - ЛДГ-4 и ЛДГ-5
 - ЛДГ-5
11. Активность КФК в сыворотке крови повышается
- при инфаркте миокарда
 - при любом повреждении миокарда
 - при повреждении скелетной мускулатуры
 - при повреждении мозга
 - во всех перечисленных случаях**

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

ской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения

терапия» в дневном стационаре и стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала, использовать

семьей

медикаментозного лечения

ВА ВОПРОСЫ

некоторое похудание, ухудшение зрения, неприятные ощущения в области сердца, ноющие боли в ногах, особенно по вечерам (лечится нерегулярно, АД = 140-150/90-95 мм рт.ст.; отец умер от инсульта; мать жива, страдает сахарным диабетом (ИМТ= 30,4 кг/м², ОТ=102 см); кожные покровы сухие; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; АД=160/90 мм рт.ст., ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС= 90 ударов в 1 минуту, ГЛЖ; глюкоза плазмы натощак: 7,2 ммоль/л, анализ мочи: уд.

енный. Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей (боли в ногах, особенно по

ен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течен
пень риска ССО поставлена на основании наличия висцерального ожирения 1 ст. (ИМТ= 30,4 кг/м2, ОТ=102 см), АГ

ы стадии и/или степень артериальной гипертонии;

ования пациента.

юкозы плазмы при ПТТГ (для диагноза сахарного диабета требуется два нарушенных или отличных от нормы показ

= 7,8%.

впервые выявленный. Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей (боли в ногах

го ухудшилось зрение)

диабетическая нефропатия? Стадия?)

етнопатию нет; диабетическая нефропатия, ХБП С1 А1 (расчетное СКФ 90 мл/мин/1,73 м2 (Формула СКД-ЕРІ),

активности (рекомендовано снижение массы тела на 1-2 кг за месяц)

ие метформина приоритетно у больных сахарным диабетом 2 типа при сопутствующем висцеральном ожирении)

ки

ие неполное

едикаментозного лечения

медикаментозного лечения

ВА ВОПРОСЫ

нное время (кошмарные сновидения с потливостью, слабостью) и днем после завтрака и перед ужином (ГК до 3,5 ммоль/л). В анамнезе перенесенное заболевание пневмонией (1 месяца назад) переведен на инсулинотерапию и выписан с общей дозой инсулина – 38 ед/сут. В течение последнего месяца прибавил в весе 2 кг; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; АД=165/90 мм рт.ст.) по

уровня глюкозы до 3,5 ммоль/л встречается через 2 часа после завтрака, перед сном и в 3-4 часа ночью; высокие уровни гликемии отмечаются в вечернее время. Сформулирован следующий диагноз: Основное заболевание: Сахарный диабет 2 типа (болен СД 9 лет, переведен на

консультация офтальмолога)

1,43 мл/мин/1,73м² по формуле СКД-ЕРІ), ХПН 0.

единичные желудочковые экстрасистолы. ХСН 1 (1 ФК по NYHA).

консультация невролога)

учает инсулин 45 ед/сут)

ия).

НА ВОПРОСЫ

последние 3-4 месяца: сердцебиение, слабость, выраженную потливость; в последние 2 недели присоединились плаксивость, снижение полового влечения, живет половой жизнью около года, беременностей не было (использует методы контрацепции), тест на беременность отрицательный, вес определяется равномерно и симметрично увеличенная щитовидная железа, безболезненная при пальпации и эластичной консистенции, единичные экстрасистолы, ЧСС=102 в 1 мин; АД= 145/70 мм рт.ст.; живот мягкий, безболезненный при пальпации, печеночные пробы в возрасте 38 лет, отец болен гипертонической болезнью; пациентка проживает в йоддефицитном регионе.

какой степени тяжести?

узкое симметричное увеличение щитовидной железы, которая при пальпации безболезненна и эластичной консистенции, присоединились плаксивость, бессонница, тремор рук; похудела на 3 кг (рост 168 см, вес 59 кг) и в последний месяц дважды отрицательна

симптом Мебеуса (потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии); при аускультации сердца: единичные экстрасистолы

щитовидной железы

1,5 пмоль/л (норма 11,5-22,0 пмоль/л); УЗИ щитовидной железы: увеличение обеих долей щитовидной железы, узлообразование

предполагается, рекомендован дополнительный метод обследования. Степень тяжести определяется выраженностью клинических проявлений

при появлении клинических симптомов) дозу тиреостатика уменьшают на 5 мг в сутки каждые 7-10 дней и отменяют постепенно бета-блокаторы, оставляют на 12-18 месяцев. Более быстрое снижение дозы тиамазола и более ранняя его полная отмена приведет к рецидиву заболевания. По окончании курса лечения

НА ВОПРОСЫ

струю утомляемость, снижение работоспособности (снизилась успеваемость в институте), отечность кистей рук и ладоней (в межпальцевом пространстве не живет).

при росте 170 см вес = 68 кг (за последний год прибавила в весе 4 кг); кожные покровы сухие с гиперкератозом в области ладоней; глазные симптомы (Мебиуса, Кохера, Грефе) отрицательны; периферические лимфоузлы не пальпируются; в легких не выявлено изменений; симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Температура тела 36,2°C.

на основании всех жалоб больной и данных осмотра (сухость кожных покровов и отечность разных локализаций);

гемоглобин - 132 г/л; СОЭ - 8 мм/ч.

гормональный статус (ТТГ - 11,5-22,0 пмоль/л); АТ к ТПО - 250 Ед/мл (0-30).

антитела к ТПО - отрицательно, эхогенность повышена.

ввиду молодого возраста и отсутствия сердечно-сосудистой патологии можно начать сразу с расчетной дозы 1,6 мкг x 73 = 116,8 мкг в сутки. Пациент страдает от тошноты постоянно длительно.

НА ВОПРОСЫ

к, иногда и в ночное время, несколько успокаивающиеся после принятия пищи; на почти постоянную изжогу, отрыжку (минимал альмагель) и не обследовался; ухудшение состояния в течение последних 2 недель (с конца октября), за это время (через 6 месяцев после операции полгода назад); мать страдает гипертонической болезнью.

дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст., бронх.

был хеликобактер-индуцированный гастрит, осложненный раком желудка, и наш больной инфицировался микробом, вызывающую рефлюксную болезнь.

состояние слизистой оболочки желудка и ДПК, наличие язв и тест на наличие *H. pylori*.

очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак сфинктерной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Край дефекта слизистой оболочки. Тест на наличие *H. pylori* – положительный.

(стенки луковицы) в фазе обострения вследствие хронического хеликобактр-индуцированного гастрита;

выбрать схему 1-й линии: ИПП 2 раза в день за 30 минут до завтрака и до ужина (рабепразол 20 мг 2 раза в день или эзомепразол 40 мг 2 раза в день) + кларитромицин 500 мг 2 р/день (после завтрака и ужина). Для повышения эффективности лечения состояние микробиоценоза кишечника: закофальк по 1 табл. 3 р/ден, для эрадикации 14 дней.

НА ВОПРОСЫ

ого опорожнения, пользуется периодически слабительными: препараты сенны, дульколак в свечах); проблема запоров (умизана)

нные ноющие без четкой локализации, несколько уменьшаются после опорожнения кишечника и провоцируются по- мкнутость, но сон не нарушен и болевой синдром ночью не беспокоит; больная не теряет в весе

краски; ИМТ=26 кг/м²; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца ритмичные чисты, ЧСС=78 в 1 ми е Ромберга устойчива.

шающийся после дефекации; длительное течение - упорные запоры с юности; метеоризм; симптомы депрессии) и д

специалистов следует назначить?

лаза, диастаза)

исследование кала на дисбиоз кишечника

пия, консультация гинеколога

наружены, копрограмма – вариант нормы одержание коли- и лакто- бактерий.

гой активности кишечника).

является прием завтрака; регулярное опорожнение кишечника после завтрака (активность толстого кишечника нар

очны:

утки

ельных приема пищи в течение дня; с полным исключением алкоголя и продуктов, усиливающих болевой синдром.
и
в дозе 25000 ед липазы на основной прием пищи и 10000 ед липазы на дополнительный прием пищи не менее 2-4-х
суточной дозе 10 мг/кг веса на ночь)

НА ВОПРОСЫ

огрессирующую потерю веса (за последние 2 недели похудел на 4 кг); ухудшение зрения; выраженную сухость в р
ых сахарным диабетом среди родственников нет.

(ИМТ = 24 кг/м², в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; АД=105/70 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные с час

ожажду, сопровождающиеся слабостью и потерей веса можно думать о сахарном диабете 1 типа (учитывая возраст
есяц назад вирусный паротит, подтверждает диагноз СД 1 типа, поскольку известно, что вирусный паротит провоцир

ые тела

++.

ложенный диабетическим кетоацидозом.

озе лечение проводится в эндокринологическом/терапевтическом отделении.

ероприятия:

л/час

а в/в медленно – 10 ед

н базис-болюсный режим инсулинотерапии.

НА ВОПРОСЫ

и стул со слизью и примесями крови (иногда просто слизь с кровью), тенезмы, боли в животе разлитого характера; впервые появился 3-4 месяца назад после погрешности в диете (обильный званый ужин) и через 3-4 дня все прошло. Но через несколько дней температуры до высоких цифр, начала терять в весе и нарастала слабость. Пациент не помнит, со слов матери); вензаболевания и туберкулез отрицает; аллергологический анамнез отсутствует; желтухи нет (билирубин = 22 мг/м2), щитовидная железа не увеличена, увеличенных лимфоузлов нет; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; отеков на ногах нет.

в последние 3-4 месяцев (тенезмы и жидкий стул с примесями слизи и крови до 6 раз в сутки, потеря в весе, температура до 38,5°C, боли в левой подвздошной области можно предположить Диагноз: «ВЗК: неспецифический язвенный колит, острое течение с постепенным началом»

содержание железа в сыворотке 6,8 ммоль/л (норма 7,16-26,8 ммоль/л)
содержание ферритина в сыворотке 100 мкг/л (норма < 50 мкг/л)

предлагается направить больную для дальнейшего обследования с целью окончательного подтверждения диагноза и проведения лечения.

течение с постепенным началом (менее 6 месяцев от начала заболевания), средняя степень тяжести (стул более 5 раз в сутки)

НА ВОПРОСЫ

выраженную слабость, появление температуры до 37,6°C.
после сильного переохлаждения, обратилась в аптеку, порекомендовали прием ципрофлоксацина, через 2-3 дня все прошло.
первые сопровождались ощущением дискомфорта и тяжести в поясничной области, также принимала ципрофлоксацин.
попросила пациентку обратиться к врачу.
вес 68 кг при росте 162 см; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не изменены, тоны сердца
слышны, ритмично с обеих сторон.

температуры до субфебрильных цифр) можно думать об остром пиелонефрите. Но наличие в анамнезе подобных клиник

повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, иногда лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анемия.

лейкоцитурия (нейтрофильная), бактериурия (количество микробов более 10^5 в 1 мл мочи), протеинурия обычно небольшая.

для выявления возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам у нашей пациентки желательно, вследствие рецидивов

эпизодов обострений хронического пиелонефрита:

повышение при осложненном пиелонефрите).

характерно уменьшение размеров, повышение эхогенности, деформация и расширение чашечно-лоханочной системы.

5 мм в час; глюкоза плазмы 5,8 ммоль/л.

рН щелочная, белок – 1,1 г/сут; сахар – отрицателен, эпителий плоский – до 10 в п/зр, лейкоциты – до 12 в п/зр, эритроциты

и бактерий - 10 в 6-ой степени в 1 мл мочи (норма - количество микробов менее 10^5 в 1 мл мочи).

правой и левой почки не изменена. Конкрементов нет.

данных обследования подтверждают данные УЗИ, обострение подтверждают клинический анализ крови и общий и бактериологический анализ мочи.

лечения проводить в амбулаторных условиях.

логического исследования мочи:

раз в сут), амоксициллин/клавулат натрия внутрь 0,625 г 3 р/сут или 1,0 г 2 р/сут

риусим внутрь 0,4 г 1 раз/сут).

использовать ввиду высокой резистентности к ним микроорганизмов.

ком ответе на лечение необходимо проводить сочетанную антибактериальную терапию и парентеральное введение а

НА ВОПРОСЫ

склер и темной мочи нарастающее в течение последних 7-10 дней, слабость, носовое кровотечение, увеличение в ра

артных доз/порций в неделю. 15 лет назад перенес ВГВ, после выписки из стационара не наблюдался.

ие ясное, но слегка заторможен. Иктеричность склер, желтуха кожи и слизистых неяркая, подкожные геморрагии
уги по среднеключичной линии, плотная, безболезненная, размеры по перкуссии 150x120x75 мм, селезенка – четко

портальная гипертензия (спленомегалия, асцит), печеночно-клеточная недостаточность (геморрагический синдром,
омегалия, асцит.

е эпид. анамнеза

матики-желтуха печеночного типа, гепатоспленомегалия, асцит, геморрагический синдром, , внепеченочная симпто
ий генез заболевания. Однако, нельзя не учитывать указания на перенесенный в прошлом ВГВ, не исключено хрони
м напряженного асцита, печеночно-клеточной недостаточностью (энцефалопатия, геморрагический синдром)

и степени тяжести цирроза печени

ВРВП, УЗИ ОБП (размеры и структура печени, селезенки, диаметра портальной и селезеночной вен), выраженно

ет наличие цирроза печени.

ма-глобулины, МНО/ПВ, глюкоза, ХС. В ОАК обращают вни-мание на проявления гиперспленизма (лейко-эритро

са, измерение окружности живота

и разных видов обследования не дано

ном осмотре больного рекомендовано:

/сут. Спиринолактон в высоких дозах (по 200-400 мг/сут.), при необходимости – добавить торасемид 10-20 мг. Наружно в/м. Дезинтоксикационную терапию в/в целесообразно проводить препаратами 5% глюкозы, метионина, альбумина.

НА ВОПРОСЫ

бы на озноб, температуру тела до 39°C, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, лом

егистрированы в период неблагоприятной эпидситуации по гриппу. Эпидемический порог превышен в 3 раза.

рост – 185, вес – 78. Гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов конъюнктивы, заложенность носа, в зеве р
ЧД – 22 в мин., ЧСС 102 удара в минуту, пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный. Тоны сердца при

контакт с больными респираторной инфекцией в период неблагоприятной по гриппу эпидемиологической ситуации (пневмония, бронхит, трахеит), жесткого дыхания в легких при отсутствии хрипов, умеренной артериальной гипотензии. Уровень ЧСС и

к синдромов,

основании оценки тяжести состояния больного или принадлежности к группам риска. К группам риска относятся

заболевания легких, сердечно-сосудистые, заболевания почек, печени, системы крови, нервной системы, метаболическим

ином (риск с.Рея)

ние на момент осмотра – средне-тяжелые. Принято решение об амбулаторном лечении. Ежедневно должна проводиться инфузия пипрофена при лихорадке выше 39°C, оселтамивир по 75 мг 2 раза в день – 5 дней, ингавирин – по 90 мг 1 раз в день –

температура до 37,6° С, однако появился кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, в легких справа в средней доле опр
 ности (WBC): $2,9 \times 10^9/\text{л}$, Лимфоциты 40%; Тромбоциты (PLT): $250 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 37 мм/ч.

лечения больного.

вызывают на обратное развитие вирусной инфекции. Однако изменение характера мокроты на слизисто-гнойный, опр
 ние больного удовлетворительное, дыхательной недостаточности нет. Решено продолжить амбулаторное лечение. (с
 апии – левифлоксацин 1000 мг/сут., пробиотики, карбоцистеин. Дообследование – рентгенография ОГК.

постелью

НА ВОПРОСЫ

бами на сухость и чувство горечи во рту, эпизодические, практически ежедневные боли через после еды и постоянн
 диагноз «желчнокаменная болезнь», было предложено оперативное лечение, от которого больная отказалась.

вес – 78 кг. Сыпи и желтухи нет. Язык сухой, обложен желтоватого цвета налетом. Температура тела нормальная. Л
 мов раздражения брюшины нет.

мечен лабильный перегиб тела желчного пузыря, утолщение его стенки до 3 мм, расширение холедоха до 8 -10 мм
 ень, и несколько мелких конкрементов до 5 мм; поджелудочная железа увеличена, 34x24x36 мм, повышенной эхо

билиарный панкреатит в фазе обострения.

явлена желчнокаменная болезнь (ЖКБ), появления в связи с погрешностями в питании горечи во рту, болей в прав
 Керра, Ортнера, выявленных при УЗИ признаках ЖКБ, изменений в поджелудочной железе. Признаки билиарной п

или осложнений

Г, АЛТ, ЩФ, ГГТ, альфа-амилаза, липаза), СРБ.

$8,8 \times 10^9$ /л, Лимфоциты 18 %; нейтрофилы 78%, эозинофилы – 1%, тромбоциты (PLT) - 320×10^9 /л, СОЭ 28 мм/ч.
гематокрит - полная, относительная плотность - 1025, реакция кислая; Белок- отр. Эритроциты- отр, Лейкоциты- единичные

Н. Сахар – 5,4 ммоль/л

признаков нарушений билиарного обмена, наличие билиарного панкреатита без нарушений углеводного обмена.

растворимые овощи, нежирное мясо, суфле. Антибактериальная терапия – цефтриаксон или амоксицилин/сульбактам в/в.
и. При отсутствии положительной динамики в течение суток – экстренная госпитализация в хирургический стационар.

НА ВОПРОСЫ

озноб, температуру тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, головную боль, сухой кашель, одышку.
е). Хронические заболевания – отрицает. Аллергологический анамнез – спокойный. Лекарственной непереносимости нет.
рост – 180, вес – 75. Желтухи, сыпи нет. Кашель с небольшим количеством мокроты слизистого характера, частый.
билиарное, жестковатое. Хрипы не выслушиваются, ЧД – 24 в мин., ЧСС 100 ударов в минуту, пульс удовлетворительный.
нет. Мочился. Стул оформленный.

степени тяжести

го легкого: острое начало после переохлаждения вне стационара, фебрильная лихорадка, интоксикация, кашель со сикационный синдром. Необходимое обследование: ОАК, ОАМ, рентгенография грудной клетки.

RBC): $4,9 \times 10^{12}/л$; ЦП 0,90; Лейкоциты (WBC): $10,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы - 80%; Тромбоциты (PLT): $250 \times 10^9/л$, нной ткани до 6 см.

и правого легкого.

лица старше 60 лет и/или с факторами риска) – отсутствуют у данного больного, его лечение может проводиться ам

ы верно и полностью

олными

не верно

и амоксициллин/сульбактам, или макролиды; карбоцистеин перорально, пробиотики.

температуры тела на протяжении 3-4 дней.

ствие интоксикации, дыхательной недостаточности, гнойной мокроты, Le менее $10 \times 10^9/л$, нейтрофилов менее 80

НА ВОПРОСЫ

бильность АД в течение 1 года. Была обследована, вторичный генез АД исключен. Гипотензивные препараты пост
ерический период протекает без особенностей.

перенесла геморрагический инсульт.

ем талии 84 см, ИМТ - $26,4 \text{ кг}/\text{м}^2$

стое. Тоны сердца приглушены, чистые, усилен II тон над аортой. АД 148/96 (s), 151/97 (d), пульс 76 уд.в мин, ритм

г. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеки не определяются.

RD) – 61 мл/мин, ОХС - 5,46 ммоль/л, ТГ-1,56 ммоль/л,

бумины в суточной моче – 100 мг/сутки.

йона 19 мм.

ана 2,3 см, створки тонкие, подвижные. Диаметр левого предсердия 3,7 см. Митральный клапан не изменен. Левый л

еская дисфункция ЛЖ. Патологические потоки не выявлены. Заключение. Фиброзные изменения аорты. Диастоличе

артерии лоцируется плотная атеросклеротическая бляшка, стенозирующая просвет сосуда на 30%.

нурия 2А стадия. Дизлипидемия. ХБП 3 ст. Бессимптомный атеросклероз сонных артерий. Бессимптомная гиперу

ны стадии и/или степень артериальной гипертонии; неверно оценена стадия хронической болезни почек; неверно

стабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение года); установление степени АГ о сонной артерии). Степень риска ССО поставлена на основании поражения органов-мишеней.

ии в течение более 3-х месяцев (по анамнезу) и снижения СКФ.

я ОХС и ЛПНП), гиперурикемия по повышению уровня мочевой кислоты.

ьности повышения АД, суточного профиля АД; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для выявления

ие для одного или двух назначенных методов обследования дано неверно.

его необходимо рекомендовать пациентке в составе комбинированной терапии. Обосновать свой выбор.

арата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – лозартан. Кроме того, лозартан уменьшает ТИМ сонной артер

основан.

не обоснован.

верное.

нных препаратов, кроме ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II.

оставе комбинированной терапии

пользован амлодипин, который имеет благоприятный профиль влияния на прогноз при АГ, а в сочетании с сартаном пациентке в связи с наличием повышенного ИМТ, что определяет тенденцию к задержке жидкости.

обоснован правильно.

ванной терапии, однако выбор не обоснован.

верное.

мендуемые для сочетания с ИАПФ и антагонистами ангиотензиновых рецепторов.

НА ВОПРОСЫ

перенесла инфаркт миокарда, после чего стала отмечать одышку и сердцебиение при ходьбе, периодически отеки голеней, при появлении отеков – 1 табл фуросемида. Рабочее АД 150-160/90-95 мм рт.ст. За последнее время одышка усилилась, в легких немного влажных хрипов. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке сердца, отеки голени.

аритмии, ХСН IIБ, III ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, АГ 1 ст., риск 4.

Н: из основных препаратов получает только ИАПФ, что является недостаточным для снижения активности РААС; ААС. Сохранение АД на уровне выше целевого усугубляет сердечную недостаточность даже у лиц с сохраненной

дшение коронарного кровотока, оценить характер сердечного ритма и временные параметры ЭКГ),
дца и его клапанного аппарата),

ества эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов (исключить анемию и другие причины одышки)
иты (для оценки функциональной способности почек, безопасного продолжения терапии ХСН, оценки прогноза)

тодов обследования дано не верно.

прил или периндоприл как препараты с наибольшей тканевой аффинностью – для снижения активности РААС, ур-
дилол) для урежения ЧСС и снижения активности симпато-адреналовой системы, улучшения прогноза и качества
я нежелательных эффектов вторичного гиперальдостеронизма, улучшения прогноза и качества жизни
ома, улучшения качества жизни

НА ВОПРОСЫ

бласти. Анамнез: в течение 7 лет - гипертоническая болезнь, по поводу которой принимает эксфорж (5 мг амлодипина) и статины 20 мг/сут и бисопролол 10 мг/сут. Ангинозные приступы исчезли, но стали беспокоить выше указанные жалобы из-за появления загрудинных болей.

Телосложение нормальное, ИМТ 24,2. Тоны сердца слегка приглушены, чистые. АД 130/80, пульс 72 уд в мин.

амочувствия больного.

ловлено добавлением к двум антигипертензивным препаратам бета-блокатора бисопролола в дозе 10 мг. В результате симптомы верны.

о не обоснованы

ка и появления нарушений проводимости на фоне применения бисопролола, так как при применении бета-блокатора

нной терапии для устранения стенокардии. Обоснуйте свой выбор.

ипотонии, целесообразно его применение в суточной дозе не более 5 мг. Для достижения при стенокардии целевого уровня АД (целевое АД), эффекты которого связаны с дозозависимым снижением ЧСС при отсутствии влияния на АД и ОПСС. Применение бисопролола в средней дозе с ивабрадином позволяет более значительно повысить толерантность к физической нагрузке.

ован неполностью.

НА ВОПРОСЫ

перенесла инфаркт миокарда. В прошлом году лечилась в стационаре диагнозом ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Пациентка чувствовала себя удовлетворительно, рекомендованные препараты (рампиприл 10 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, вазодилаторы) не вызвали побочных эффектов в работе сердца, отеки на ногах, усилилась одышка.

в легких немного влажных хрипов. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, легкий систолический шум в брюшной полости не определяется. Отеки до середины голеней. От госпитализации отказалась.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧЖС 120 в мин., электрическая ось отклонена влево, переходная зона в V2, RV5 + SV2 = 38 мм, в отведениях V1-V4 – косонисходящая депрессия, зубцы Т асимметричные отрицательные

очка с нарушением процессов реполяризации, рубцовые изменения в передне-перегородочной и передне-верхушечной стенке левого желудочка

определения причины аритмии и характеристики сердечной деятельности

функции щитовидной железы как причины фибрилляции предсердий), АлАТ, АсАТ, билирубин (для оценки функции печени), электролиты (для выявления возможного дефицита калия и магния у больной с нарушением сердечного ритма), ЭКГ (ФВ, выраженность гипертрофии миокарда левого желудочка, наличие дилатации полостей, состояние клапанного аппарата), наличие влажных хрипов

нужно ли контролировать ЧЖС? Обоснуйте выбор

Если предположительно в течение 3-4 мес сохраняется фибрилляция предсердий. Перечисленные факторы снижают вероятность восстановления синусового ритма. При окончательном решении вопроса в отношении восстановления синусового ритма следует учитывать размеры левого предсердия.

на

НА ВОПРОСЫ

Пациентке в анамнезе с диагнозом гипертоническая болезнь. Постоянно рекомендованные препараты не принимал, высокие цифры артериального давления (в том числе в период активности на работе) употребил алкоголь, долго не мог заснуть. Утром беспокоит головная боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами.

Курит 10 сигарет в день. Наследственность – у матери и младшей сестры имеется гипертоническая болезнь. Масса тела 75 кг, окружность талии (ОТ) – 103 см. Лицо гиперемировано. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Пульс 70 в минуту, ритм правильный, на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Сердце не пальпируется.

НО

ческую болезнь, установленную после обследования в условиях стационара), эпизоды повышения АД, требующие
 вого желудочка (расширение левой границы сердца, данные ЭКГ).

190/110.

известных - 3 фактора риска: отягощенная по АГ наследственность, абдоминальное ожирение, курение.

нь, или риск

ли в течение часа АД сохраняется выше уровня 160/100, то следует добавить еще 50 мг каптоприла.

НА ВОПРОСЫ

грудиной, возникающее утром по дороге на работу, особенно в морозную погоду. Днем в помещении чувствовал се
 лечения использовал горчичники, чай с малиной. За последние 3 дня жжение за грудиной стало появляться и на ра

ьяная гипертензия, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.

питанность средняя. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Зев – без особенностей, дыхание носовое свобод
 еский шум на верхушке. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Перифериче

еский бронхит вне обострения.

еской нагрузке (ходьба в морозную погоду, подъем по лестнице) и проходят через 2-3 мин в состоянии покоя характ

и сердца (систолический шум и раздвоение Тона на верхушке).

ения, физикальные данные (коробочный оттенок перкуторного звука, единичные сухие хрипы)

ованы неверно

ия, которые необходимо провести срочно в амбулаторных условиях

ческие показатели крови: сердечные тропонины, МВ-КФК, глюкоза, электролиты, липидный спектр, креатинин; Э

дования, необходимые на амбулаторном этапе, отмечены верно

чные исследования, необходимые на амбулаторном этапе, отмечены верно

о

ронарного синдрома, больной должен быть госпитализирован санитарным транспортом в кардиологический стаци

НА ВОПРОСЫ

ающие ходьбе около 300 м, особенно в ветренную холодную погоду, быстро проходящие в состоянии покоя или по

В последующем пациент стал регулировать темп движения, и боли не появлялись. К врачу не обращался. За после

ает сильную головную боль.

ко раз при появлении головной боли отмечалось повышение АД до 150-160/90 мм рт.ст., в связи с чем принимал как

и гипертония; отца не знает; дети здоровы.

2 года назад ушел на пенсию. Живет вдвоем с женой.

ски. На веках имеются ксантелазмы, на коже предплечий ксантомы, липоидная дуга на роговице. Рост 168 см, масс

над аортой. АД 145/90 мм рт.ст., пульс 84 в мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печен

Н I ст. II ФК. Атеросклероз аорты. Артериальная гипертония I степени

боли при физической нагрузке (ходьба) с быстрым эффектом нитроглицерина или устранения нагрузки (в покое)

ую погоду.

я приглушенность сердечных тонов, имеется клинически выраженная стадия заболевания сердца с умеренными нар

ксантелазмы, на коже предплечий ксантомы, липоидная дуга на роговице), признаки изменения аорты (небольшой си

коза, липидный спектр, креатинин, АлАТ и АсАТ).

ударов в мин., АД не превышает 130/80, самочувствие больного не нарушено, в крови - уровень ЛПНП меньше 1,9

или переносимость проводимого лечения

НА ВОПРОСЫ

усталость при нетяжелой работе, периодически головокружение, снижение памяти, кратковременную потерю сознания, боли, ноющие боли в области сердца, редко – небольшое повышение АД, которое снижалось самостоятельно по ее длительностью более часа, после которого заметила небольшую одышку при ускоренной ходьбе, стали появляться приступы потери сознания.

встречает частые ангины в молодом возрасте.

кожные обычной окраски. ИМТ 27,2. Левая граница сердца +0,5 см влево от срединноключичной линии. Тоны приглушенные.

ЧСС 84 в минуту, комплексы QRS появляются после каждого второго зубца P; в отведениях V2-V3: зубец Q имеет глубину

глубины rS, рубцовые изменения в переднеперегородочной области, гипертрофия левого желудочка.

наблюдается ритм с блокадой II степени Мобитц III, ХСН IIА, ПФК. Артериальная гипертония II степени.

в анамнезе, и снижение АД может усилить проявления недостаточности мозгового кровообращения

какого состояния ?

ЭКГ.

лактики синкопального состояния показаны препараты, способные улучшить атриовентрикулярную проводимость

лечения по устранению и/или профилактике синкопального состояния указаны неверно

НА ВОПРОСЫ

д, тошнота, слабость, потливость, сердцебиение. Такие боли возникли впервые, хотя нечеткий дискомфорт в груди и одышка были ранее. По совету жены принял нитроглицерин под язык, что вызвало головную боль. На ЭКГ: сегмент ST, монофазно переходящий в положительный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и V1 - V4 ниже изолинии. Пациент 30 лет курит до 1 пачки сигарет в день. Имеет свой небольшой бизнес.

Тоны сердца ослаблены, единичные экстрасистолы. АД – 130/70 мм рт.ст. Легкие - дыхание везикулярное, хрипов нет.

нитроглицерина, сопровождающийся вегетативной реакцией (гипергидроз) и характерными изменениями на ЭКГ. Коронарные артерии в противоположных отведениях (I, aVL и V1 - V4).

укажите свою точку зрения

при подъеме в лестницу. Данная клиническая картина соответствует впервые возникшей стенокардии, которая относится к

покое экстренно госпитализировать больного в специализированный сосудистый центр.

аспирина или 300 мг клопидогрела, 20-40 мг пропранолола с целью урежения ритма (с контролем АД); устранить сохр

рно

основание верно

НА ВОПРОСЫ

справкой об освобождении от физкультуры. С её слов, за последнее время участились приступы сердцебиения, которые ранее зарегистрирована тахикардия с частотой 188 в мин. В настоящее время учащение приступов связывает с эмоциональным напряжением. Наследственность не отягощена.

ий, слева - перкуторно тимпанический звук, отсутствие голосового дрожания, отсутствие дыхательных шумов. вующего без заболевания легких

остоянием.

кани к расширению и спадению.

ца.

и самый информативный метод диагностики спонтанного пневмоторакса, так как позволяет увидеть, характерное сп

ью 10 л/мин через маску или нозовые канюли;
 орадrenalин 1,0 мл 0,2% р-ра на 200 мл физ. р-ра,
 ленно,

аны верно

не обоснованы

тью, обоснованы верно

оторакса.

транспортом лёжа на каталке. После выписки из стационара больной должен избегать физических нагрузок в течени

составлен верно

идива пневмоторакса указаны частично или не указаны

НА ВОПРОСЫ

влена фибрилляция предсердий (ФП), о которой пациент не знал. Чувствует себя хорошо. При тщательном расспро

ы, простудные заболевания. Указаний на заболевания сердечно-сосудистой системы нет.

ших количествах.

сестры – сахарный диабет, принимает какие-то препараты. У отца была мерцательная аритмия, умер в возрасте 67 л

ычной окраски. Телосложение правильное. Упитанность повышена – ИМТ 27,3. Носовое дыхание свободное, мин

е, аритмичные. ЧСС и пульс 72 в 1 мин., удов-летворительных качеств. АД 130/75. Живот мягкий безболезненный,

ена. Небольшие нарушения процессов реполяризации миокарда левого желудочка (+Т в грудных отведения снижен

ГФК.

я ритма у данного больного

арушения ритма и проводимости, нарушения коронарного кровотока.
и его клапанного аппарата.

сердечные тропонины – для исключения острого повреждения миокарда,

Д.

снование верно

к и инструментальных методов

;

оснуйте свое мнение

факторов риска тромбоэмболических осложнений, к которым в соответствии со шкалой CHA₂DS₂-VASc относятся ар
бляшка в аорте, инфаркт миокарда в анамнезе, заболевания периферических артерий) и женский пол. При сборе а

НА ВОПРОСЫ

г. Также беспокоят слабость, одышка, отеки ног, усилившиеся в течение нескольких месяцев.

АКШ, 2 года спустя вновь появилась, а затем усилилась стенокардия, которая в последние 4 месяца возникает при х
сопролол 5 мг/сут, нитраты по необходимости. АД обычно 140-150/80-90; ЧСС 55-60 уд/мин.

атоз локтей, стоп. АД 150/80, ЧСС 54 в мин, сердце - тоны ритмичны приглушены. Дыхание везикулярное ослаблен

а. Обоснуйте Ваше мнение.

вие стенокардии после АКШ может быть связано с развитием сахарного диабета 2 типа (учитывая высокий риск у п
докринной патологии, связанным со снижением двигательной активности и изменением образа жизни после операц
Усиление одышки также возможно за счет появления анемии (имеется бледность кожных покровов).

ипертоническая болезнь стадия 3 риск 4. Гипотиреоз? Сахарный диабет 2 типа? Ожирение 1 степени.

АТ, АлАТ, липиды, коагулограмма, ЭКГ, рентгенография грудной клетки.

4 6,8 ммоль/мл (9-19). ОАК, прочие тесты – без особенностей.

ипертоническая болезнь стадия 3 риск 4.

ога

е к эндокринологу

НА ВОПРОСЫ

М 4 месяца назад. В сравнении с ЭКГ, снятыми перед выпиской из стационара и месяц назад ЭКГ без динамики. Ва

ггородку области левого желудочка и стабильные в течение 4 месяцев реполяризационные изменения по типу «зас

НА ВОПРОСЫ

ьные состояния с частотой 1 раз в месяц. По ЭКГ – выявлена аритмия.

авой ножки п Гиса и передней ветви левой ножки п.Гиса

итма?

скими больными

НА ВОПРОСЫ

по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения 2 КФК, постинфарктного кардиосклероза, НША (с недавнее время стал отмечать ухудшение памяти, концентрации внимания. Живет один, 2-3 раза в неделю приходит до «помеха». В результате было набрано 4 балла.

стении

ания и теста Мини-Ког в условиях гериатрического кабинета

НА ВОПРОСЫ

й при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов ненололом, арифоном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появились сократил физическую активность из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина, регулярный, 74 удара в мин, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт.ст. Верхушечный толчок в V межреберьях не пальпируется, болезненность при пальпации в эпигастрии. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система нормальная. Гемоглобин - 123 г/л, эритроциты - 3,8 x 10¹²/л, лейкоциты - 223 x 10⁹/л, эозинофилы- 2%, с/я нейтрофилы 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность - 1,020, белок - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л.

ниях V 3-6 при ЧСС 106 в.мин., в течение всего периода наблюдения редкие желудочковые extrasystoles. В левой общей подвздошной артерии.

а и холестерина за счет липопротеинов низкой плотности,.

нения в передне-боковой стенке левого желудочка, extrasystolia не связана с эпизодами ишемии. Визуально не выявлено, атеросклеротического происхождения.

углеводного обмена, или диабетические синдромы; атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желу

НА ВОПРОСЫ

жалоб не предъявляет. С 50-летнего возраста страдает гипертонической болезнью, 2 года назад перенес инфаркт миокарда. ЧСС = 72 уд./мин., АД = 140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

отропный гормон

НА ВОПРОСЫ

онечностей в покое (движения пальцев по типу катания пилюль), тремор головы в покое (кивательные движения подбородка), повышенная раздражительность, временами — плаксивость. Симптомы нарастают постепенно в течение нескольких лет.

симптомов в клинике

по типу медленно-дрожательную и дрожательную формы паркинсонизма.

НА ВОПРОСЫ

больным себя не считает. Со слов родственников имеет место: часто повторяющаяся забывчивость, неполное восприятие информации, некоторое снижение интеллектуально-мнестических функций, легкие затруднения в определении временных взаимоотношений.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «общая врачебная практика (семейная медицина)»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Анемия у беременных.	УК-1
Атеросклероз аорты. Клиника, диагностика. Острые аортальные синдромы. (Расслоение аорты. Интрамуральная гематома.	УК-2 УК-3
Атеросклероз артерий нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение.	УК-4 УК-5
Бактериальные пневмонии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Особенности клиники при атипичных пневмониях (микоплазменная, хламидийная, легионеллезная). Диагностика. Шкала CRB-65 Осложнения. Лечение внебольничных пневмоний. Эмпирические схемы терапии	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5
Блокады сердца. Диагностика. ЭКГ. Клиника. Лечение. Показания к ЭКС.	ОПК-6 ОПК-7
Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Классификация. Клиника приступа и межприступных периодов. Диагностика. Осложнения.	ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10
Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения	ПК-1 ПК-2
В12-дефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника, синдромы. Диагностика. Лечение. Профилактика.	ПК-3 ПК-4 ПК-5
Внезапная сердечная смерть. Диагностика. Лечение	ПК-6
Гемолитическая анемия. Классификация. Механизмы внутриклеточного и внутрисосудистого гемолиза. Формы течения. Клиника гемолитического криза. Лечение	ПК-7 ПК-8 ПК-9
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Этиология, клиника, диагностика, профилактика.	ПК-10 ПК-11
Геморрагический шок. Неотложная помощь.	
Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, ЭКГ-критерии, лечение.	
Гипертрофическая кардиомиопатия. Клиника. Диагностика. ЭКГ. УЗИ. Лечение.	
Гиперфункция щитовидной железы. Клиника. Диагностика. Лечение.	
Гипо- и апластические анемии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Прогноз.	
Гипотиреоз. Клиника. Диагностика. Лечение.	
Дислипидемии. Классификация. Фенотипы. Атерогенез артерий. Профилактика. Дифференцированное лечение. Семейные дислипидемии. Дислипидемии у детей.	

<p>Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы (бронхообструктивного синдрома).</p> <p>Железодефицитные анемии. Этиология. Классификация. Этапы развития дефицита железа в организме. Клиника, синдромы. Диагностика. Лечение. Профилактика.</p> <p>Инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Клиника. ЭКГ-картина, локализация. Лабораторная диагностика. Течение. Лечение на догоспитальном этапе.</p> <p>Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез. Клиническая картина: сердечные и внесердечные поражения. Осложнения. Диагностика. Лечение.</p> <p>Ионные каналопатии («электрические болезни миокарда»). Клиника, ЭКГ-диагностика, лечение.</p> <p>Комы при сахарном диабете. Неотложная помощь.</p> <p>Легочное сердце. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>Легочные нагноения: абсцесс и гангрена легкого. Этиология. Патогенез. Клиника. осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение нагноительных заболеваний легких (абсцесса, гангрены). Показания к хирургическому лечению.</p> <p>Лечение бронхиальной астмы.</p> <p>Миокардиты: этиология, патогенез, классификация, клинические варианты, диагностика, ЭКГ, лечение</p> <p>Неспецифический язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Дифференциальная диагностика с болезнью Крона.</p> <p>Обморок. Причины. Неотложная помощь.</p> <p>Обследования больного с АГ.</p> <p>Ожоги. Неотложная помощь.</p> <p>Остеопороз. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>Острый диффузный гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Исходы. Трудовая экспертиза. Лечение.</p> <p>Острый и хронический цистит.</p> <p>Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Клиника. Диагностика. ЭКГ. Лечение в амбулаторных условиях.</p> <p>Пароксизм фибрилляции предсердий. Неотложная помощь.</p> <p>Перикардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. ЭКГ. Техника пункции перикарда. Лечение.</p> <p>Пиелонефрит. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>Плевриты. Этиология. Классификация. Клиника сухого и экссудативного плеврита. Лечение. Методика плевральной пункции.</p> <p>Пневмоторакс. Диагностика. Лечение</p> <p>Подагра. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>Ревматоидный артрит. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>Саркоидоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>Сахарный диабет 2 типа. Диагностика. Лечение.</p>	
---	--

<p>Симптоматические артериальные гипертонии: классификация, схема обследования больного с АГ.</p> <p>Синкопальные состояния. Причины. Неотложная помощь.</p> <p>Стабильная стенокардия. Диагностика. Провоцирующие и купирующие факторы. Классификация. Причины болей в грудной клетке. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Принципы лечения.</p> <p>Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Клиника. Диагностика. Профилактика</p> <p>Фибрилляция предсердий. Этиология. Патогенез. Диагностика. Классификация. Дифференцированные подходы к лечению.</p> <p>Фибрилляция предсердий. Этиология. Патогенез. Диагностика. ЭКГ. Классификация. Дифференцированные подходы к лечению.</p> <p>Физиологические роды. Родовспоможение. Тактика ВОП при преждевременных родах.</p> <p>ХОБЛ. Этиология. Патогенез. Стадии. Клиника. Клинические варианты (бронхитический, эмфизематозный и др.). Перекрестный синдром. Дифференциальная диагностика при хроническом кашле. Диагностика ХОБЛ. Критерии обструкции. Лечение.</p> <p>Хроническая болезнь почек. Этиология. Клиника. Диагностика. Классификация. Лечение на разных стадиях.</p> <p>Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика при отечном синдроме и асците. Современное медикаментозное лечение ХСН.</p> <p>Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение хронического гломерулонефрита</p> <p>Хронический лимфолейкоз. Этиология. Клиника. Стадии. Диагностика. Осложнения. Лечение. Прогноз.</p> <p>Хронический миелолейкоз. Этиология. Клиника. Стадии. Диагностика. Осложнения. Лечение. Прогноз. Экспертиза трудоспособности.</p> <p>Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Диспансеризация. Лечение хронического панкреатита.</p> <p>Хронический холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение хронического холецистита.</p> <p>Циррозы печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.</p> <p>Эритроцитозы. Болезнь Вакеза. Диагностика. Лечение</p> <p>Язвенная болезнь. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Клиника (в зависимости от локализации язвы, возраста больного). Диагностика. Прогноз. Осложнения язвенной болезни. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>Ячмень: клиника, лечение.</p>	
--	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
		практических задач	практика по некоторым профессиональным задачам	
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Фомин Игорь Владимирович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой госпитальной терапии и общей врачебной практикой им В.Г.Вогралика;

Федотов Василий Дмитриевич, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практикой им В.Г.Вогралика.

Дата «27» февраля 2023 г.