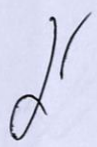


Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Медицинский факультет

Кафедра терапии № 1

«УТВЕРЖДАЮ»

 И.о. зав. кафедрой

Ковердяга Н.В.

“ 15 ” 09 2023г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

«Поликлиническая терапия»

Направление подготовки:

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ - 31.05.01 «Лечебное дело»

квалификация (степень) выпускника:

врач общей практики

Форма обучения:

ОЧНАЯ

Год набора 2019

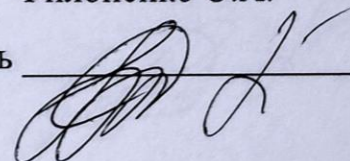
Разработали:

Преподаватели:

Ковердяга Н.В.

Филоненко О.А.

Подпись



г. Тирасполь — 2023 г.

**Паспорт фонда оценочных средств
по учебной дисциплине:
«Поликлиническая терапия»**

1. В результате изучения «Поликлиническая терапия» обучающий должен:

1.1. Знать:

- законодательные документы по организации оказания медицинской помощи амбулаторным больным
- основные законодательные документы, регламентирующие деятельность врача при оказании неотложной помощи пострадавшему;
- законодательство по организации ЭВН, средние сроки пребывания на больничном листе при основных терапевтических заболеваниях;
- особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, показания для плановой госпитализации больных;
- основные функциональные обязанности участкового терапевта и врача общей практики;
- этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности с пациентами и коллегами,
- современную классификацию заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- основные методы лечения заболеваний внутренних болезней;
- основные группы лекарственных средств, применяемых для лечения заболеваний;
- основные симптомы неотложных состояний, их диагностику;
- принципы организации неотложной помощи
- алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи при медицинских состояниях терапевтического профиля;
- алгоритм базисной сердечно-легочной реанимации, способы искусственной вентиляции легких, технику непрямого массажа сердца, электрической дефибрилляции;
- устройство и основы использования медицинского оборудования при оказании первой помощи
- основы профилактической работы в поликлинике,
- организацию врачебного контроля состояния здоровья населения,
- принципы формирования и обучения пациента и его семьи вопросам здорового образа жизни,
- мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья,
- методы санитарно-просветительной работы,
- основы первичной профилактики при социальнозначимых и часто встречающихся болезнях.
- основные аспекты и методы реабилитации больных.

1.2. Уметь:

- пользоваться законодательствами, установками по экспертизе трудоспособности; определить причину временной нетрудоспособности, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности;
- применять нормативные правовые акты Приднестровской Молдавской Республики в сфере здравоохранения;

- анализировать влияние на здоровье населения факторов окружающей и производственной среды.
- оценивать социальные факторы, влияющие на состояние физического и психического здоровья пациента,
- выявлять факторы риска социально - значимых заболеваний человека, делать обоснованные, доказательные выводы;
- участвовать в организации и оказании лечебно - профилактической и санитарно - противоэпидемической помощи населению с учетом социально - профессиональной и возрастно - половой структуры.
- планировать профилактические мероприятия для предупреждения острых и обострения хронических заболеваний преимущественного неинфекционного генеза.
- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников
- провести физикальное обследование пациента - осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и др.;
- уметь определить объем обследования больного;
- интерпретировать результатов лабораторных, инструментальных методов исследования;
- сформулировать диагностическую концепцию;
- назначить, в случае необходимости, симптоматическую терапию;
- обосновать и сформулировать окончательный диагноз;
- уметь дифференцировано провести лечебные и профилактические мероприятия;
- решить вопрос о трудоспособности пациента;
- правильно оформлять документацию участкового терапевта;
- выписать рецепты (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства;
- определить показания для госпитализации больных терапевтического профиля и реализовать госпитализацию в экстренном и плановом порядке;
- провести отбор больных на санаторно-курортное лечение;
- составить схему динамического наблюдения на диспансерного больного;
- оценить тяжесть состояния и определить уровень неотложности
- проводить оценку показателей гемодинамики и дыхания;
- грамотно обращаться с медицинским оборудованием при оказании неотложной помощи;
- констатировать биологическую смерть;
- оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе.

1.3. Владеть:

- навыками первичной и вторичной профилактики основных заболеваний,
- навыками формирования у населения культуры здоровья,
- методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам,
- методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение свойств артериального пульса, измерение артериального давления) и интерпретации результатов;
- алгоритмом постановки клинического диагноза;
- алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- оказать неотложную помощь в экстренных случаях на догоспитальном этапе;
- методикой проведения комплексной сердечно-легочной и мозговой реанимации, оказания первой помощи;

- правильно оформить документы временной нетрудоспособности
- составить план лечения и профилактики для конкретного больного;
- своевременно выявить признаки инвалидности, прогнозировать группу, оформить документы для направления на медико-социальную экспертизу (КВЭЖ);
- составить программу реабилитации больного;
- проводить диспансеризацию (по основным группам диспансерного наблюдения), оформить первичную и текущую документацию, составить план текущей профилактики, оценить эффективность диспансеризации.
- самостоятельно работать с учебной, научной и справочной литературой,
- навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
9 семестр			
Рубежный контроль 1	Тема 1-3	ОК-1 ПК-5 ПК-8 ОПК-4 ОПК -5 ОПК-6 ОПК-9	Семинар №1 (билеты, тестовые задания, ситуационная задача)
Рубежный контроль 2	Тема 5-7	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-9	Семинар №2 (билеты, тестовые задания, ситуационная задача)
Промежуточный контроль	Тема 1-8	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-9	Зачет (билеты, тестовые задания, ситуационная задача)
10 семестр			
Рубежный контроль 1	Тема 1-3	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-4 ОПК-9	Семинар №1 (билеты, тестовые задания, ситуационная задача)

Рубежный контроль 2	Тема 5-7	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-4 ОПК-9	Семинар №2 (билеты, тестовые задания, ситуационная задача)
Промежуточный контроль	Тема 1-8	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-4 ОПК-9	Зачет (билеты, тестовые задания, ситуационная задача)
11 семестр			
Рубежный контроль 1	Тема 1-8	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-9	Семинар №1 (билет, тестовое задание)
Рубежный контроль 2	Тема 10-14	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-9	Семинар №2 (билет, тестовое задание)
Рубежный контроль 3	Тема 16-20	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-9	Семинар №3 (билет, тестовое задание)
Промежуточный контроль	Тема 1-20	ОК-1 ОК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-9	Экзамен (билет, ситуационная задача)

Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Критерии оценки	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4	5
1.	Рубежный контроль		Критерии оценки: - оценка «отлично» выставляется, если студент правильно и полно обоснован клинический диагноз, проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; - оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; - оценка «удовлетворительно» выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие	Ссылка на образовательный портал, где размещены данные материалы

2.	Ситуационные задачи		состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты; - оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах. - оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; - оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и	
3.	Экзамен		состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты; - оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и	

			оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах -оценка «отлично» выставляется, если студент правильно и полно обосновал клинический диагноз, проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; -оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно обоснован клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; -оценка «удовлетворительно» выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие состояния, взаимодействия	
--	--	--	---	--

4.	Тесты	лекарственных средств, побочные эффекты; -оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах. 100% - 86% соответствует оценке «отлично» 85% - 76% соответствует оценке «хорошо» 75% - 60% соответствует оценке «удовлетворительно» 60% - 30% – необходимо повторно сдать тест	
----	-------	---	--

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень вопросов к рубежному контролю №1, темы 1-3
V курс IX семестр

1. Структура поликлиники.
2. Порядок обжалования решения КВЭЖ.
3. Порядок выдачи документа о нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения
4. Виды амбулаторных учреждений.
5. Правила выдачи ЛОНТ при стационарном лечении.
6. Организация работы, функции регистратуры поликлиники.
7. В каких случаях не выдается лист о нетрудоспособности.
8. Цели создания врачебной комиссии в медицинской организации.
9. Основные принципы организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений.
10. Показания к направлению на экспертизу жизнедеятельности.
11. Дать характеристику принципу участковости.

12. Перечень заболеваний, при которых ЛС на территории ПМР отпускаются бесплатно.
13. Перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых предусматриваются льготы по лекарственному обеспечению.
14. Порядок выдачи ЛОНТ на общих основаниях.
15. Порядок выдачи ЛОНТ при санаторно-курортном лечении.
16. Порядок направления граждан на врачебную экспертизу жизнедееспособности.
17. Порядок выдачи ЛОНТ по уходу за больным членом семьи.
18. Порядок выдачи листка о нетрудоспособности при карантине.
19. Основная документация, используемая участковым врачом.
20. Первичная профилактика неинфекционных заболеваний.
21. Виды профилактики.
22. Иммунизация взрослого населения.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень вопросов к рубежному контролю №2, темы 5-7
V курс IX семестр

1. Порядок проведения КВЭЖ.
2. Критерии определения групп инвалидности.
3. Группы диспансерных больных.
4. Состав КВЭЖ общего и специализированного профиля.
5. Профилактическая направленность в работе участкового врача.
6. Правила заполнения листа о нетрудоспособности.
7. Реабилитация больных и инвалидов в поликлинике. Роль участкового врача в реабилитации. Реабилитационный потенциал. Реабилитационный прогноз.
8. Роль социально-значимых заболеваний.
9. Преимущества и недостатки санаторно-курортного лечения. Правила оформления справки для получения путевки на санаторно-курортное лечение (Ф№070\у), санаторнокурортной карты (Ф 072/у).
10. Санаторно-курортное лечение. Определение. Задачи. Общие показания и противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение
11. Диспансеризация. Группы состояния здоровья. Критерии эффективности диспансеризации.
12. Диспансеризация взрослого населения. Цели диспансеризации.
13. Профилактическое консультирование в рамках диспансеризации взрослого населения. Определение. Цели.
14. Порядок направления граждан на врачебную экспертизу жизнедееспособности.
15. Критерии групп инвалидности.
16. Порядок заполнения ЛОНТ при направлении на КВЭЖ и получении группы инвалидности.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень ситуационных задач к рубежному контролю №1,
темы 1-3
V курс IX семестр

Задача 1

Гражданин получил травму 10.05.2011 правого г/стопного сустава, обратился в травмпункт, где был зарегистрирован факт полученной травмы. От получения листка

нетрудоспособности гражданин отказался, надеясь, что функции сустава восстановятся. В последующие дни из-за выраженного болевого синдрома больной не смог приступить к работе. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно. Ввиду отсутствия эффекта и нарастания болевого синдрома 17.05.2011г. обратился в поликлинику. При осмотре установлен диагноз: З/перелом н/лодыжки справа. Больной признан нетрудоспособным. Возможна ли выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни?

Задача 2

Иностранный гражданин, не имеющий Приднестровского гражданства, временно проживающий на территории ПМР, работающий на строительстве объекта бытового назначения, получил производственную травму, в результате которой наступила временная нетрудоспособность. Положен ли ему листок нетрудоспособности? Если да, то на какой период и какой порядок его выдачи?

Задача 3

У гражданина, находящегося в ежегодном оплачиваемом отпуске, во время пребывания за границей была зарегистрированная утрата трудоспособности. Положен ли ему листок нетрудоспособности? Если да, то на какой период и какой порядок его выдачи?

Задача 4

Гражданка обратилась в поликлинику по месту жительства к урологу и проктологу. Во время осмотра установлено, что трудоспособность её не утрачена. Вместе с тем, она нуждается в проведении сложных урологических и проктологических манипуляций. Положен ли гражданке в данном случае листок нетрудоспособности? Если да, то какой порядок выдачи листка нетрудоспособности?

Задача 5

Гражданка находится в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет (до 20.01.2011). Получила травму в октябре 2010 – закрытый перелом бедра. Положен ли ей листок нетрудоспособности? Если да, то какой порядок его выдачи?

Задача 6

У работницы, находящейся в очередном отпуске с 3.04. по 30.04. ребенок 5 лет заболел ангиной с 13.04. по 26.04. Имеет ли право врач-педиатр, лечивший ребенка, выдать матери ребенка листок нетрудоспособности в связи с уходом за заболевшим ребенком при его амбулаторном лечении? Если лечащий врач ребенка имеет право выдать листок нетрудоспособности в связи с уходом за болеющим ребенком, то укажите на какой срок?

Задача 7

Ребенок в возрасте 9 лет был госпитализирован в детскую больницу в связи с острой пневмонией. В стационаре ребенок находился с 10.03. по 25.03. В последние 4 дня пребывания в больнице состояние ребенка было вполне удовлетворительным. В больнице для ухода за ребенком находилась его мать. Имеет ли право мать на получение листка нетрудоспособности в связи с уходом за болеющим ребенком? На какой срок будет выдан листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в данном случае?

Государственное образовательное учреждение

«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Перечень ситуационных задач к рубежному контролю №2,

темы 5-7

V курс IX семестр

Задача 1

Больной В, 32 года, сантехник, обратился с жалобами на малопродуктивный кашель с мокротой желтого цвета, одышку при умеренной физической нагрузке, выраженную утомляемость, общую слабость, тяжесть в голове, потливость. Заболел 2 дня назад, когда, со слов, после переохлаждения появился кашель, общая слабость, лихорадка до 38,0⁰С утомляемость, потливость. Лечился парацетамолом, народными средствами – с незначительным положительным эффектом. В анамнезе: не курит. Злоупотребляет алкоголем. Туберкулез, болезнь Боткина отрицает. Аллергоанамнез неотягощен.

Флюорография – 7 месяцев назад б/о.

Объективно: t 37,7⁰С Состояние относительно удовлетворительное. Кожа чистая. Рост – 189 см, вес – 98 кг, Окружность талии 98 см. Дыхание через нос свободное. В зеве спокойно. Бронхофония и голосовое дрожание не изменены. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипы единичные низкотональные при форсированном выдохе. Над нижней долей правого легкого по задней поверхности выслушивается бронхиальное дыхание с фокусом крепитации в 4 межреберье. ЧД 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 96 в мин, АД 122/75 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Задание:

1. Сформулировать диагноз.
2. Определить необходимость оформления документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность с указанием сроков.

Задача 2

Больная 50 лет, бухгалтер. Вызов на дом врача поликлиники. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах. Связывает данные жалобы со сменой погоды. Из анамнеза выяснено, что аналогичные жалобы беспокоили и ранее при смене погоды и психоэмоциональном напряжении на протяжении 2 лет, частота появления данных симптомов – 1 раз в 3-4 месяца, купирует самостоятельно приемом 1 таблетки «капотен» (по совету коллег). Диагноз Артериальная гипертензия установлен год назад, на Д-учете не состоит, не регулярно принимает эналаприл по 10 мг 2 раза в день. Не курит, не употребляет алкоголь. Туберкулез, гепатит. Аллергоанамнез неотягощен. Наследственность отягощена: АГ и ИБС страдали оба родителя, отец умер от острого инфаркта миокарда.

Объективно: t 36,5⁰С Состояние удовлетворительное. Рост – 169 см, вес – 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, влажности, чистые. ЧД 20 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, акцент второго тона на верхушке. ЧСС 90 в мин, АД 170/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Задание:

1. Решите вопрос о постановке больной на диспансерный учет.
2. Оформите необходимые документы.
3. Определить необходимость оформления документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность с указанием сроков.

Задача 3

Больной 56 лет, инженер. Обратился на прием к врачу терапевту поликлиники с жалобами на недомогание, повышение температуры до 37,4⁰С, быструю утомляемость, катаральные явления. Данные симптомы беспокоят около 2-х недель.

Объективно: $t 37,2^{\circ}\text{C}$. Состояние удовлетворительное. Рост – 179 см, вес – 78 кг. Видимые слизистые иктеричны, кожные покровы – желтушной окраски. ЧД 20 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 64 в мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. В правом подреберье пальпируется малоболезненное опухолевидное образование округлой формы, плотно-эластической консистенции. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Периферических отеков нет. С диагнозом инфекционный гепатит больной госпитализирован в инфекционную больницу.

Задание:

1. Правомочен ли выставленный диагноз?
2. Решить вопрос о временной утрате нетрудоспособности. Кто должен подписать листок нетрудоспособности при выписке больного из стационара?

Задача 4

Пациент К., 23 года, программист, после длительного переутомления стал отмечать давящие боли в прекардиальной области, ноющие, длительные, периодически усиливающиеся не связанные с нагрузкой. В течение месяца также беспокоит плохой сон, нервозность. Утром ощущает себя не отдохнувшим.

При осмотре эмоционально лабилен. Отмечается стойкий красный дермографизм, гипергидроз ладоней, выражена венозная сеть на нижних конечностях. АД 100/60 мм. рт.ст. $P_s = 88$ в минуту неритмичный. На ЭКГ единичные желудочковые экстрасистолы, признаки обменных нарушений в миокарде.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите экспертизу трудоспособности
3. Как правильно организовать санаторно-курортное лечение этому пациенту.

Задача 5

Пациент Ф., 86 лет, участник ВОВ, выписан из стационара с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, ФК III, гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4, ХСН 2А (NYHA 3).

Амбулаторно рекомендовано продолжить подобранную медикаментозную терапию, диспансерное наблюдение.

1. Как правильно оформить диспансерное наблюдение пациента.
2. Особенности лекарственного обеспечения ИВОВ.
3. Нуждается ли пациент в направлении на медико-социальную экспертизу.

Задача 6

На прием обратилась пациентка, страдающая хроническим гастритом, с редкими обострениями. Наблюдается в женской консультации по поводу беременности (срок 30 недель). На руках путевка на санаторно-курортное лечение в санаторий г. Каменка «Днестр». На момент обращения диагностирована ремиссия хронического гастрита.

1. Каким приказом регламентируется санаторно-курортный отбор.
2. Сформулируйте противопоказания для лечения в санаториях беременных с экстрагенитальной патологией.
3. Вынесите мотивированное решение.
4. Ваша тактика в случае несогласия пациентки с вашим решением.

Задача 7

Пациент Н., 18 лет, слесарь по ремонту, направлен военкоматом в

стационар для обследования, где поставлен диагноз: «Хроническая ревматическая болезнь сердца. Недостаточность митрального клапана. НК0ст.»

1. Какой документ следует выдать?

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко».
Перечень вопросов к промежуточному контролю(зачет)
V курс IX семестр

1. Принципы оказания первичных реанимационных мероприятий.
2. Основания для отказа от реанимационных мероприятий.
3. Понятие о гипертермическом синдроме.
4. Характеристика терминальных состояний.
5. Группы препаратов, используемых при лечении на догоспитальном этапе пациентов с гипертоническим кризом.
6. Ведение пациентов с гипертермическим синдромом на догоспитальном этапе.
7. Классификация лихорадок.
8. Характеристика терминальных состояний.
9. Структура поликлиники.
10. Порядок обжалования решения КВЭЖ.
11. Порядок выдачи документа о нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения
12. Виды амбулаторных учреждений.
13. Организация работы, функции регистратуры поликлиники.
14. Цели создания врачебной комиссии в медицинской организации.
15. Основные принципы организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений.
16. Показания к направлению на экспертизу жизнедеятельности.
17. Перечень заболеваний, при которых ЛС на территории ПМР отпускаются бесплатно.
18. Перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых предусматриваются льготы по лекарственному обеспечению.
19. Порядок выдачи ЛОНТ на общих основаниях.
20. Порядок выдачи ЛОНТ при санаторно-курортном лечении.
21. Порядок направления граждан на врачебную экспертизу жизнедеятельности.
22. Порядок выдачи ЛОНТ по уходу за больным членом семьи.
23. Порядок выдачи листка о нетрудоспособности при карантине
24. Основная документация, используемая участковым врачом.
25. Виды профилактики.
26. Иммунизация взрослого населения.
27. Порядок проведения КВЭЖ.
28. Критерии определения групп инвалидности.
29. Группы диспансерных больных.
30. Состав КВЭЖ общего и специализированного профиля.
31. Реабилитация больных и инвалидов в поликлинике. Роль участкового врача в реабилитации. Реабилитационный потенциал. Реабилитационный прогноз.
32. Роль социально-значимых заболеваний.
33. Преимущества и недостатки санаторно-курортного лечения. Правила оформления справки для получения путевки на санаторно-курортное лечение (Ф№070\у), санаторно-курортной карты (Ф 072/у).

34. Санаторно-курортное лечение. Определение. Задачи. Общие показания и противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение
35. Диспансеризация. Группы состояния здоровья. Критерии эффективности диспансеризации.
36. Диспансеризация взрослого населения. Цели диспансеризации.
37. Порядок направления граждан на врачебную экспертизу жизнедееспособности.
38. Порядок заполнения ЛОНТ при направлении на КВЭЖ и получении группы инвалидности.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко».
Перечень задач к промежуточному контролю(зачет)
V курс IX семестр

Задача 1.

Пациент Ф., 52 года. 1.Мастер в ткацком цехе. Условия труда неблагоприятные, в цехе сильный шум. 2. Инженер-механик. Работа с умеренным нервным напряжением. Жалобы на постоянные головные боли, головокружение. Анамнез: Артериальная гипертензия выявлена в 48 лет. Последние 2 месяца находится на больничном листе в связи с обострением заболевания. Лечение нерегулярное. Объективно: В легких дыхание везикулярное. Пульс 74 уд. в 1 мин., ритмичный. АД -180/100 ммрт.ст. Тоны сердца звучные. Живот мягкий, печень не пальпируется. Анализы крови и мочи в норме. УЗИ почек без особенностей.

Внутривенная урография: почки обычных размеров и положения. Нефрографический эффект синхронный. Чашечно-лоханочная система не изменена. ЭКГ: синусовый ритм, $RI > SIII, SIII > RIII, Rv \ V5-6 > 25 \text{ мм}$. ST в V5-6 ниже изолинии, T (-) в V5-6. Консультация окулиста: артерии сетчатки сужены, извиты. Брюшная аортография: калибр правой и левой почечной артерий не изменены. Контрастирование почек наступает одновременно, размеры почек одинаковые. Направлен на КВЭЖ. Желает продолжать работать.

1. Диагноз.
2. Принципы лечения.
3. Трудоспособность.

Задача 2.

Рабочий слесарной мастерской 32 лет в связи с травмой нижней конечности находится на листке нетрудоспособности с 5.01. по 7.08. Прогноз при интенсивной реабилитации благоприятный.

1. Имеют ли право врачи муниципального лечебно-профилактического учреждения продлевать листок нетрудоспособности и далее?
2. Если листок нетрудоспособности будет продлеваться, то кто имеет право это делать?
3. На какой максимальный срок можно в данном случае продлевать листок нетрудоспособности?
4. Что необходимо сделать после истечения максимального срока выдачи листка нетрудоспособности, если состояние нетрудоспособности останется?

Задача 3.

Больной 50 лет, находится в отпуске без сохранения содержания. С 6.1 по 15.10 госпитализирован по поводу инфаркта миокарда.

1. Выдайте документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность.

Задача 4.

Больной Т, находился на больничном листе с диагнозом «грипп» с 8.1 по 12.1 с явкой на прием 12.10. На прием явился 15.10. При осмотре выявлена пневмония.

1. Оформите листок нетрудоспособности.

Задача 5.

Больной 27 лет, обратился в поликлинику 6.01. Диагностирован острый бронхит. Со слов больного болен с 4.01., но в поликлинику не обращался.

1. Оформите листок нетрудоспособности больному.

Задача 6.

Больная 30 лет, находится в отпуске по уходу за ребенком 4 мес.

Госпитализирована по поводу острого тромбоза.

1. Выдайте матери документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность.

Задача 7.

Больной, 55 лет, рабочий, воин интернационалист, получил путевку в санаторий «Днестровские зори».

1. Оформите больному документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность.

Задача 8.

Гражданин после окончания высшего учебного заведения поступил в клиническую ординатуру для получения послевузовского профессионального образования. Он не совмещает учебу с работой. В этот период у него наступает временная утрата трудоспособности.

1. Положен ли ему листок нетрудоспособности?
2. Если да, то какой порядок его выдачи?

**Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень тестовых заданий к промежуточному контролю(зачет)**

V курс IX семестр

1. По просьбе гражданина медицинским работником время выдачи листка нетрудоспособности
 - 1) может быть указано
 - 2) не может быть указано
2. Допускается ли выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником
 - 1) да
 - 2) нет
3. Кто имеет право быть лечащим врачом
 - 1) обучающийся в высшем медицинском учебном заведении
 - 2) обучающийся в образовательном учреждении послевузовского профессионального образования
 - 3) окончивший интернатуру и получивший сертификат или клиническую ординатуру и получивший сертификат
4. Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены) дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности указывается со следующего календарного дня
 - 1) по их желанию
 - 2) всегда

5. В каких случаях при амбулаторном лечении по прерывистому методу листок нетрудоспособности может быть выдан по решению ВК на дни проведения соответствующего исследования

- 1) сложные урологические
- 2) сложные гинекологические
- 3) сложные проктологические и другие исследования, манипуляции, процедуры
- 4) во всех перечисленных случаях

6. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности

1) выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности

2) выдается на весь срок временной нетрудоспособности

7. При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности

1) выдается на общих основаниях

2) не выдается

8. При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой

1) непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении КВЭЖ

2) регистрации документов в учреждении МСЭ

9. При отказе гражданина от направления на КВЭЖ или несвоевременной его явке на КВЭЖ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на КВЭЖ или дня регистрации документов в учреждении КВЭЖ, сведения об этом

1) указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного

2) не указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

10. Может ли при необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдаваться попеременно разным членам семьи

1) да

2) нет

11. Сколько листов нетрудоспособности по уходу выдается при одновременном заболевании двух детей

1) один

2) два

12. В каких случаях листок нетрудоспособности по уходу не выдается

1) за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении

2) за хроническими больными в период ремиссии

3) в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы

4) в период отпуска по беременности и родам

5) в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет

6) во всех перечисленных случаях

13. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается

1) лечащим врачом на весь период карантина

2) лечащим врачом одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина,

14. Основные принципы экспертизы нетрудоспособности

- 1) общедоступность
- 2) коллегиальность
- 3) профилактический подход
- 4) все перечисленное

15. Временная утрата трудоспособности это

- 1) состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность
- 2) состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер
- 3) состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер

16. Стойкая утрата трудоспособности это

- 1) состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность
- 2) состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер
- 3) состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер

17. При каком условии в учреждении здравоохранения создается ВКК

- 1) при наличии поликлиники (поликлинического отделения)
- 2) при наличии 20 и более врачебных должностей
- 3) по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности

18. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается

- 1) с 1-го дня нетрудоспособности
- 2) с 3-го дня нетрудоспособности
- 3) с 6-го дня нетрудоспособности
- 4) с 10-го дня нетрудоспособности
- 5) со дня окончания отпуска

19. На какой день пребывания больного в стационаре ему должен быть выдан листок нетрудоспособности и кем подписан

- 1) в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением
- 2) в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и главным врачом
- 3) при выписке больного из стационара, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением

20. Укажите сроки направления на медико-социальную экспертизу болеющих, (кроме туберкулеза)

- 1) не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе
- 2) не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе
- 3) вне зависимости от срока работающие инвалиды в случае ухудшения клинического и трудового прогноза
- 4) все вышеперечисленное верно
- 5) нет правильного ответа

**«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1**

1. Основные принципы организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений.
2. Порядок выдачи ЛОНТ на общих основаниях.
3. Первичная профилактика неинфекционных заболеваний.
4. Ситуационная задача.

**Образец билета к рубежному контролю №2, V курс IX семестр
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1**

1. Характеристика терминальных состояний.
2. Порядок обжалования решения КВЭЖ.
3. Диспансеризация взрослого населения. Цели диспансеризации.
4. Ситуационная задача.

**Образец билета к промежуточному контролю(зачет) V курс IX семестр.
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1**

1. Порядок заполнения ЛОНТ при направлении на КВЭЖ и получении группы инвалидности.
2. Цели создания врачебной комиссии в медицинской организации.
3. Иммунизация взрослого населения.
4. Ситуационная задача.
5. Тестовое задание.

**Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
*Перечень вопросов к рубежному контролю №1,
темы 1-3***

V курс X семестр

1. Понятие о гипертоническом кризе, классификация.
2. Фибрилляция предсердий. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов.
3. Виды обмороков.
4. Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов.
5. Гипертонический криз неосложненный, принципы ведения пациентов на догоспитальном этапе.
6. Характеристика эпилептического приступа.
7. Группы препаратов, используемых при лечении на догоспитальном этапе пациентов с гипертоническим кризом.
8. Классификация аритмий, используемая на догоспитальном этапе.
9. Желудочковая пароксизмальная тахикардия. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов.

10. Фибрилляция желудочков. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов.
11. Классификация антиаритмических препаратов.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень вопросов к рубежному контролю №2,
темы 5-7

V курс X семестр

1. Клинические проявления и догоспитальная помощь при гипогликемической коме.
2. Виды астматического статуса.
3. Клиническая картина приступа бронхиальной астмы.
4. Тиреотоксический криз, клиническая картина, лечение на догоспитальном этапе.
5. Группы препаратов, используемых для купирования приступов бронхиальной астмы.
6. Показания для госпитализации пациентов с бронхиальной астмой.
7. Оказание помощи на догоспитальном этапе при кетоацидотической коме.
8. Надпочечниковый гипoadреналовый криз, клиника, ведение пациентов на догоспитальном этапе.
9. Показания к госпитализации при приступах бронхиальной астмы.
10. Характеристика судорожного синдрома при истерии.
11. Судорожный синдром при гипокальциемии, клиника, лечение.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень задач к рубежному контролю №1,
темы 1-3

V курс X семестр

Задача 1.

Пациентка Т., 40 лет. Доставлена с диагнозом «Гипертонический криз». АД 170/100 мм.рт.ст. Жалобы на резчайшие головные боли, сопровождающиеся повторной рвотой, особенно при поворотах головы и изменениях положения тела. Заболела остро во второй половине дня. Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 75 в 1 минуту, АД 190/110 мм.рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

1. Диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 2.

Больной К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня утром. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался. Объективно: температура 36,4⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 3.

К фельдшеру ФАП обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Раньше подобные приступы были, пациентка обследовалась. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца ритмичные с частотой 200 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 4.

44 летняя женщина сидит, опустив на пол ноги. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Клокочущее дыхание, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые хрипы. Аускультация сердца затруднена. Пульс 120 уд./мин., аритмичен, АД 200/110 мм.рт.ст. На ЭКГ признаки нарастающей перегрузки левых отделов сердца.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 5.

Мужчина 65 лет обратился на прием к фельдшеру медпункта с жалобами на сердцебиение, одышку, головные боли. Эти жалобы беспокоят пациента в течение 2-х лет. К врачам не обращался, самостоятельно не лечился. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца- усилилась одышка, он может спать только если голова находится на возвышении. Акроцианоз, бледность кожных покровов. ЧДД 24 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации- аритмия, акцент II тона на аорте. Увеличение границы сердца влево. АД 190/110 мм рт.ст. Пульс 80 уд./мин.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 6.

У пациента, 18 лет, при заборе крови из вены на фельдшерско-акушерском пункте отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, расширение зрачков. Была кратковременная потеря сознания. АД 110/60 мм рт.ст. Пульс 60 уд./мин.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень задач к рубежному контролю №2,
темы 5-7
V курс X семестр

Задача 1.

Больной Н. поступил в клинику с приступом тонических судорог. Судорожное сокращение мышц отмечается преимущественно в сгибательных группах мышц, что придает своеобразное типичное для тетании, положение туловищу больного. Тонический спазм мускулатуры лица придает ему выражение сардонической улыбки. На шее больного видны следы операции тиреоидэктомии.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 2.

Пациентка 43 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья (особенно затруднён выдох), ночное пробуждение из-за них дважды в неделю, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Болеет 3 года. Указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Имеется аллергия на клубнику, антибиотики пенициллинового ряда. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры. Дыхание громкое, со свистом и шумом. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по средне-подмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинённым выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД 26 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 104 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

1 Выставить диагноз.

2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 3.

Больная В., 43 лет, с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Болеет 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинённым выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст.

Абдоминальной патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 4.

Больная И., 25 лет, в тяжелом состоянии. Сознание заторможено, выражена адинамия. Кожные покровы очень смуглые, сухие. Отмечается выраженная пигментация в области послеоперационных рубцов (аппендэктомия, внематочная беременность), шеи, сосков молочных желез. ЧСС — 90 в минуту. АД — 60/35 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены,

ритмичные. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, 18 в минуту. Частая рвота. Живот мягкий, нерезко выраженная болезненность в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Дважды за сутки жидкий стул, температура тела-35,5 С. В анамнезе — туберкулез легких, хронический тонзиллит. В течение последнего года отмечает нарастающую слабость, головные боли, быструю утомляемость, похудание на 8 кг. Состояние ухудшалось после психотравмы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 5.

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. При очередном ухудшении самочувствия обратилась за медицинской помощью. При осмотре выявлено: АД — 220/130 мм рт.ст. ЧСС — 180 в минуту. Температура тела — 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела. При амбулаторном осмотре АД — 120/80 мм рт.ст. ЧСС — 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 6.

Мужчина 50 лет обратился на прием к фельдшеру ФАП с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Кожа цианотичная, покрыта потом. Дыхание ослабленное, участки “немого” легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень вопросов к промежуточному контролю(зачет)
V курс X семестр

1. Принципы оказания неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
2. Определение и классификация гипертонического криза.
3. Первая помощь при приступе бронхиальной астмы.
4. Перечислить основания для отказа от реанимационных мероприятий.
5. Гипертермический синдром, определение, этиология, классификация.
6. Гипогликемические состояния в амбулаторно-поликлинической практике. Первая помощь
7. Терминальные состояния, определение, классификация. Тактика ведения больных.
8. Фибрилляция предсердий. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов.
9. Виды астматического статуса. Тактика ведения больных на догоспитальном этапе.

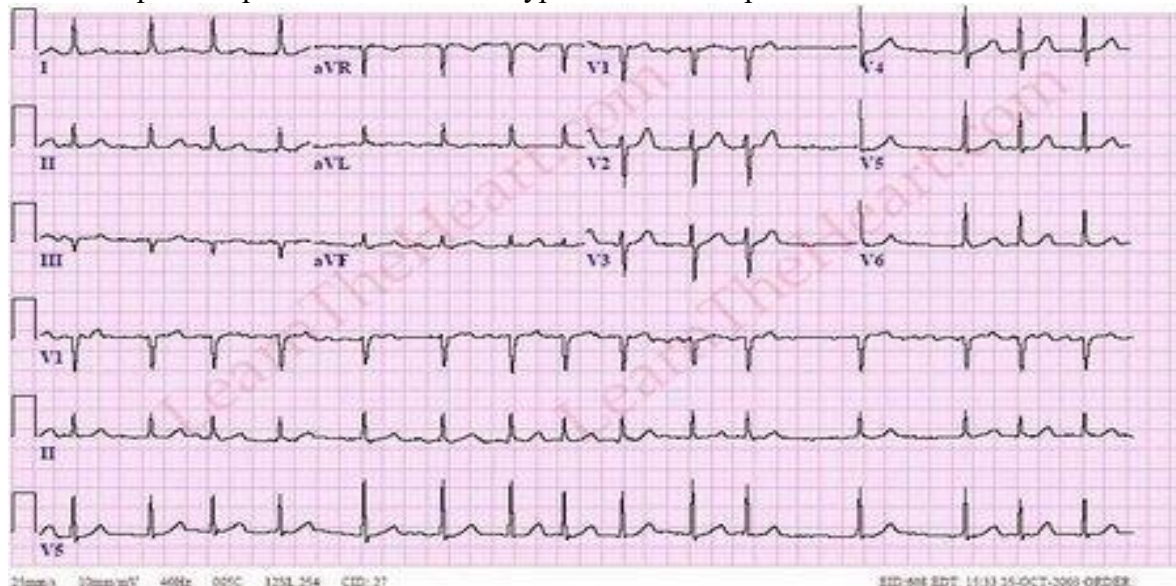
10. Гипертонический криз неосложненный, принципы ведения пациентов на догоспитальном этапе.
11. Эпилептический приступ, клиническая картина. Оказание помощи на догоспитальном этапе.
12. Кетоацидотическая кома, клинические проявления. Тактика ведения пациента на догоспитальном этапе.
13. Группы препаратов, используемых при лечении на догоспитальном этапе пациентов с гипертоническим кризом.
14. Желудочковая пароксизмальная тахикардия. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов.
15. Характеристика судорожного синдрома при истерии. Клинические проявления. Тактика ведения пациентов.
16. Ведение пациентов с гипертермическим синдромом на догоспитальном этапе. Показания для госпитализации в стационар.
17. Клиническая картина приступа бронхиальной астмы. Оказание первой помощи на догоспитальном этапе.
18. Виды обмороков. Первая помощь. Показания для госпитализации.
19. Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов. Основные группы препаратов, используемые для купирования приступа.
20. Судорожный синдром при гипокальциемии, клиника, лечение.
21. Тиреотоксический криз, клиническая картина, лечение на догоспитальном этапе.
22. Фибрилляция желудочков. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов.
23. Группы препаратов, используемых для купирования приступов бронхиальной астмы. Показания и противопоказания у коморбидного пациента.
24. Классификация лихорадок. Основные отличия. Первая помощь на догоспитальном этапе. Оформление экстренного извещения в СЭС.
25. Показания для госпитализации пациентов с бронхиальной астмой.
26. Классификация аритмий, используемая на догоспитальном этапе.
27. Надпочечниковый гипoadреналовый криз, клиника, ведение пациентов на догоспитальном этапе.
28. Классификация антиаритмических препаратов.
29. Характеристика терминальных состояний.
30. Показания к госпитализации при приступах бронхиальной астмы.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень задач к промежуточному контролю(зачет)
V курс X семестр

Задача 1.

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела. Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет. При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17

уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9х8х7 см. Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина. Записана ЭКГ.



Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

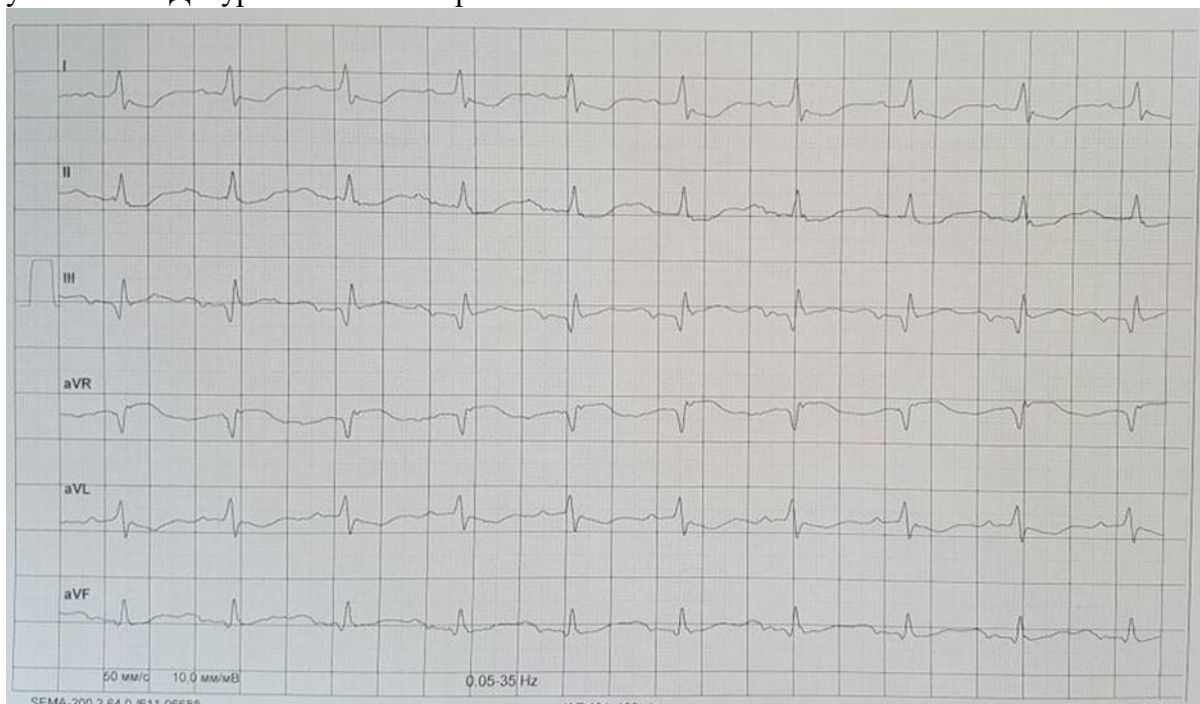
Задача 2.

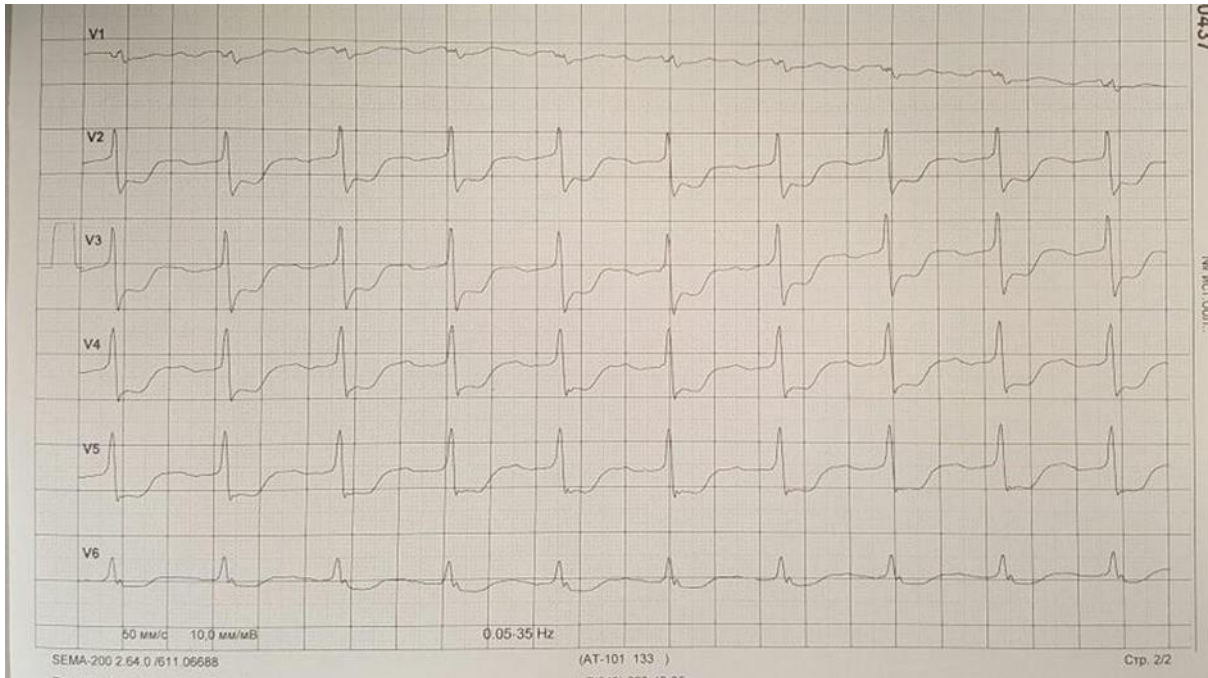
Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в

пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет. Вопросы: 1.Предварительный диагноз. 2.Составьте план лабораторно-инструментального обследования. 3.План лечебных мероприятий. 4.Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда. 5.Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

Задача 3.

Женщина 76 лет поступила с жалобами на остро возникшие боли в области сердца, отдающие в левую лопатку, общую слабость, недомогание. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание жёсткое, единичные сухие хрипы по всем лёгочным полям. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 120 уд. в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. ЭКГ картина:





Вопросы:

1. ЭКГ заключение.
2. Обоснуйте ЭКГ заключение.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальную диагностику с обоснованием.
5. Дальнейшая тактика наблюдения.

Задача 4.

Бронхолитический тест является одним из основных при исследовании функции внешнего дыхания.

Вопросы:

1. Какие существуют показания для проведения теста с бронхолитиком?
2. Какие препараты и в какой дозе обычно используют для ингаляционного бронхолитического теста?
3. Какую паузу нужно выдержать после ингаляции сальбутамола перед повторным исследованием?
4. Изменение каких показателей оценивают при проведении бронхолитического теста?
5. Почему применение бронхолитиков в спорте можно расценивать как допинг?

Задача 5

Больная Ф. 36 лет в течение последних двух недель жалуется на одышку при небыстрой ходьбе, сердцебиение, общую слабость и вечерний подъем температуры тела до 39 градусов с профузным потом.

Три месяца назад была произведена открытая митральная комиссуротомия. Объективно: на верхушке сердца глухие тоны и грубоватый систолический шум,

АД - 95/70 мм рт.ст., печень 2 см ниже края рёберной дуги.

Рентгенологически резко расширена тень сердца в поперечнике, причём и вправо

и влево, со сглаженными дугами левого и правого контура.

На ЭКГ отклонение ЭОС вправо. Зубец Р увеличенный и уширенный с уплощённой вершиной в I, II, V3-6. Комплекс QRS уширен до 0,10 сек; имеет в отведении V1 тип «RS» с М-образной формой зубца R; с глубоким нерасширенным зубцом S в V4-6 и смещением переходной зоны влево.

Вопросы:

1. На какие морфологические и/или гемодинамические нарушения в сердце могут указывать результаты электрокардиографического обследования больной?
2. Соответствует ли электрокардиографическая картина у пациентки её анамнестическим и рентгенологическим данным?
3. Соответствует ли электрокардиографическая картина у пациентки клинко-рентгенологическим данным и аускультации? Если нет, то какие признаки могли или могут еще появиться на ЭКГ?
4. О развитии какого послеоперационного осложнения может идти речь у данной пациентки?
5. Какой метод функциональной и лабораторной диагностики следует использовать в первую очередь, чтобы оперативно приблизиться к постановке верного диагноза у больного? И чем эти методы могут помочь?

Задача 6

Мужчина около 50 лет во время работы внезапно потерял сознание. Спонтанное дыхание отсутствует, отмечается резкая бледность кожных покровов, зрачки расширены, пульсация на сонной артерии отсутствует. Известно, что пострадавший наблюдается поликлиникой по поводу ИБС.

Вопрос

- 1: Какое патологическое состояние возникло у больного?
- 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данного состояния?

Задача 7

Мужчина в общественном месте, будучи с родственниками, посинел и упал без сознания, на момент осмотра уже прошло 25 мин: кома 3 балла по Глазго, дыхание и сердцебиение не определяются, зрачки максимально расширены, фотореакция и роговичный рефлекс отсутствуют, в отлогих местах пятна гипостаза. Все происходит в окружении зевак и родственников, однако до Вашего появления к пациенту не прикасались.

Вопрос

- 1: Какой предполагаемы диагноз?
- 2: Ваши действия?

Задача 8.

Вызов на дом к онко больному в связи с ухудшением состояния. Со слов родственников не разбудить при осмотре дыхание и сердцебиение отсутствуют, кома 3 балла по Глазго, зрачки расширены, фотореакции и роговичного рефлекса нет, кожные покровы холодные, гипостаз, трупное окоченение.

Вопрос

- 1 Предположительный диагноз?
- 2 Порядок действий, тактика.

V курс X семестр

Вариант 1

1) Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана:

- А Введением неадекватно большой дозы инсулина
- Б Приемом алкоголя
- В Приеме препаратов сульфонилмочевины
- Г Приеме бигуанидов

2) Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе являются наличие у пациента:

- А Жажды и полиурии
- Б Рецидивирующего фурункулеза
- В Дислипидемии
- Г Уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л
- Д Ожирения

3) Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не вызывают:

- А Аспирин
- Б Дексаметазон
- В Каптоприл
- Г Тиазидовые диуретики
- Д Пероральные контрацептивы

4) Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются:

- А Снижение массы тела
- Б Повышенная раздражительность
- В Сонливость
- Г Запоры
- Д Стойкая тахикардия

5) Сцинтиграфия служит основным способом выявления:

- А Подострого тиреоидита
- Б Зоба Хашимото
- В Диффузного токсического зоба
- Г Рака щитовидной железы
- Д Токсической аденомы щитовидной железы

6) Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:

- А Сцинтиграфия щитовидной железы
- Б Пальпаторное исследование
- В Ультразвуковое исследование щитовидной железы
- Г Компьютерная томография щитовидной железы
- Д Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

7) Характерным осложнением после применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является:

- А Гипокалиемия
- Б Повышение уровня креатинина и мочевины в крови
- В Снижение числа нейтрофилов и развитие агранулоцитоза
- Г Гипергликемия
- Д Гипокальциемия

8) У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:

- А Психогенная полидипсия
- Б Несахарный диабет

В Сахарный диабет

Г Хронический пиелонефрит

9) Тиреотоксический синдром может встречаться:

А При диффузном токсическом зобе

Б При зобе Хашимото

В При подостром тиреоидите

Г При первичной атрофии щитовидной железы

Д При ТТГ-секретирующей опухоли гипофиза

10) Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:

А Глаукома

Б Катаракта

В Проллиферирующая ретинопатия

Г Атрофия зрительных нервов

Д Автономная нейропатия

11) Все утверждения в отношении тиреотоксического криза являются верными, за исключением следующего:

А Хирургическое вмешательство и инфекции могут спровоцировать тиреотоксический криз

Б Развитие криза связано с внезапным резким подъемом уровня тиреоидных гормонов в крови

В При тиреотоксическом кризе эффективно назначение радиоактивного йода

Г В лечении криза целесообразно использование бета-адреноблокаторов

Д В терапии криза целесообразно применение препаратов неорганического йода

12) Больная 40 лет жалуется на зябкость, сонливость, запоры. При объективном исследовании обнаружено увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно:

А Проведение скинтиграфии щитовидной железы

Б Определение уровня ТТГ

В Определение уровня Ca^{2+} в крови

Г Определение Т3

Д Определение Т4

13) Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

А Снять ЭКГ

Б Ввести 5%-ный раствор глюкозы

В Ввести инсулин (10-20 ЕД)

Г Исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови

Д Ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы

14) При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо:

А Определить уровень глюкозы в крови натощак

Б Провести глюкозотолерантный тест

В Назначить препараты сульфонилмочевины

Г Ограничить употребление углеводов

Д Определить уровень базального инсулина

15) Относительно сахарного диабета I типа справедливо:

А Диабет требует постоянного лечения инсулином

Б Диабет чаще возникает в молодом возрасте

В Течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу

Г Диабет обычно возникает на фоне ожирения

Д Диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы

16) Артериальная гипертензия может быть заподозрена по следующим клиническим признакам и проявлениям:

- 1) кратковременные эпизоды потери сознания;
- 2) нарушения сердечного ритма и проводимости;
- 3) наличие периферических отеков;
- 4) боль в теменной и затылочной областях;
- 5) нарушение ритма дыхания.

17) Основным признаком нефрогенной гипертензии является:

- 1) уменьшение размеров почек;
- 2) дистопия почек;
- 3) нарушение функции почек;
- 4) сужение почечной артерии на 20%;
- 5) наличие признаков конкрементов в лоханке.

18) Эндокринная гипертензия с дефицитом гормональной продукции является:

- 1) гипертензией при сахарном диабете;
- 2) гипертензией при синдроме Кона;
- 3) гипертензией при гиперпаратиреозе;
- 4) гипертензией при феохромоцитоме;
- 5) гипертензией при болезни Иценко-Кушинга.

19) Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:

- 1) ишемии внутренних органов ниже места сужения;
- 2) тромбоза вен нижних конечностей;
- 3) недостаточности мозгового кровообращения;
- 4) присоединения атеросклероза магистральных артерий;
- 5) нарушения микроциркуляции в коронарных артериях.

20). Повышение артериального давления при феохромоцитоме и парананглиомах имеет характер:

- 1) изолированного диастолического;
- 2) с асимметрией на верхних и нижних конечностях;
- 3) кризового;
- 4) изолированного систолического.

21) Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

- 1) увеличение АД на нижних конечностях;
- 2) гипотензия при измерении АД на верхних конечностях;
- 3) брадикардия высоких градаций;
- 4) гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты;
- 5) увеличение ОЦК.

22) Вазоренальная гипертензия развивается вследствие:

- 1) стеноза почечной артерии;
- 2) фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии;
- 3) фиброваскулярной дисплазии почечной артерии;
- 4) тромбоза почечной артерии;
- 5) правильно все.

23) Снижение уровня АД при асимметрии АД на правой и левой руках до нормальных цифр опасно в плане:

- 1) развития коронарного тромбоза;
- 2) развития острой аневризмы грудного отдела аорты;
- 3) нарушения функции пищевода и желудка;
- 4) развития ишемического инсульта и инфаркта миокарда;

5) снижения эритропоэтинсинтезирующей функции почек.

24) Абсолютным диагностическим критерием артериальной гипертензии при феохромоцитоме является:

- 1) наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов;
- 2) увеличение концентрации в плазме крови альдостерона;
- 3) высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты;
- 4) низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрации в моче
- 5) отсутствие гипотензивного эффекта α -адреноблокаторов

25) Гормоном с высокой прессорной активностью является:

- 1) кальцитонин;
- 2) адреналин;
- 3) инсулин;
- 4) альдостерон;
- 5) пролактин.

26) В пульмонологической практике препаратами, вызывающими развитие артериальной гипертензии, являются:

- 1) пенициллины;
- 2) бронхолитики;
- 3) кромогликат натрия;
- 4) препараты из солодки.

27) При лечении хронических артритов развитие артериальной гипертензии может вызвать:

- 1) кризанола;
- 2) делагил;
- 3) аспирин;
- 4) ибупрофен;
- 5) гидрокортизон.

28). Эндокринная гипертензия у женщин может быть следствием приема:

- 1) эстрогена;
- 2) бромкриптина;
- 3) нон-овлона;
- 4) прогестерона.

29) Основными недостатками гипотензивной терапии α -адреноблокатором празозином является:

- 1) рефлекторная тахикардия;
- 2) брадикардия;
- 3) нарушение обмена калия;
- 4) дислипотеидемия;
- 5) ортостатическая гипотензия.

30). Положительным эффектом антагонистов кальциевых каналов, кроме гипотензивного, является:

- 1) коронаролитический;
- 2) снижение уровня мочевой кислоты в крови;
- 3) диуретический.

31) Длительность гипотензивной терапии при эссенциальной гипертензии определяется:

- 1) наличием сосудистых осложнений;
- 2) состоянием органов, регулирующих артериальное давление;
- 3) устранением патогенетических механизмов гипертензии.

32). Какой из перечисленных гипотензивных препаратов может вызвать гемолитическую анемию при длительном приеме?

- 1) клонидин;
- 2) резерпин;
- 3) празозин;
- 4) метилдопа.

Вариант 2

1. Какой из гипотензивных препаратов даже в умеренных дозах может вызвать лекарственный люпус-синдром?

- 1) клонидин;
- 2) метилдопа;
- 3) резерпин;
- 4) гидралазин;
- 5) празозин.

2. Какой из гипотензивных препаратов при длительном применении может вызвать депрессию?

- 1) резерпин;
- 2) гидралазин;
- 3) празозин.

3. Какие цифры артериального давления у взрослых принимаются за границу нормы?

- 1) систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 90 мм рт. ст.;
- 2) систолическое давление - ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - ниже 90 мм рт. ст.;
- 3) систолическое давление - ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.

4. Выберите наиболее значимые факторы риска развития артериальной гипертензии:

- 1) избыточная масса тела;
- 2) потребление алкогольных напитков;
- 3) избыточное потребление белка;
- 4) уровень ежегодного потребления поваренной соли.

5. Перечислите признаки ЭКГ, наиболее характерные для больных гипертонической болезнью:

- 1) остроконечный зубец Р в отведениях II, III;
- 2) гипертрофия левого желудочка;
- 3) блокада правой ножки пучка Гиса;
- 4) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II.

6. Какие изменения в анализе мочи характерны для больных гипертонической болезнью?

- 1) снижение удельного веса;
- 2) лейкоцитурия;
- 3) микрогематурия;
- 4) повышение удельного веса.

7. Какие изменения глазного дна характерны для больных артериальной гипертензией?

- 1) сужение вен;
- 2) извитость сосудов;
- 3) расширение артерий сетчатки;
- 4) кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии;
- 5) правильные ответы 2 и 4.

8. Какие из указанных классов липопротеидов являются атерогенными?

- 1) ЛПВП;
- 2) ЛПОНП;
- 3) ХМ.

9. При каком типе гиперлиппротеидемии повышено содержание в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП?

- 1) I;
- 2) IIa;
- 3) II b;
- 4) III;
- 5) IV.

10. Какой тип гиперпротеидемии обусловлен недостаточностью фермента липопротеидлипазы?

- 1) I;
- 2) II a;
- 3) II b;
- 4) III;
- 5) IV.

11. Потребление каких из перечисленных продуктов приводит к повышению содержания триглицеридов в крови?

- 1) мяса;
- 2) кондитерских изделий;
- 3) икры лосося;
- 4) куриных яиц.

12. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном положении сидя?

- 1) напряжения;
- 2) покоя;
- 3) вариантной;
- 4) напряжения и покоя.

13. Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ИБС?

- 1) артериальная гипоксемия;
- 2) недостаточное поступление кислорода;
- 3) снижение утилизации кислорода.

14. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?

- 1) патологический зубец Q;
- 2) депрессии сегмента ST;
- 3) появление отрицательного зубца T;
- 4) преходящая блокада ножек пучка Гиса.

15. Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии?

- 1) заболевания пищевода;
- 2) диафрагмальная грыжа;
- 3) язвенная болезнь желудка;
- 4) хронический колит;
- 5) острый панкреатит.

16. Какие признаки позволяют диагностировать левостороннюю межреберную невралгию?

- 1) резкая боль при надавливании в межреберных промежутках;
- 2) ослабление болей на вдохе;
- 3) положительный эффект после приема нитроглицерина.

17. Каков механизм действия нитратов при стенокардии?

- 1) увеличение диастолического объема желудочков сердца;
- 2) улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда;
- 3) увеличение внешней работы сердца.

18. При каких патологических состояниях гипоксия миокарда обусловлена нарушением биохимических процессов в миокарде?

- 1) гипонатриемия;
- 2) гипокалиемия;
- 3) гипокальциемия.

19. Для ангиоспастической стенокардии характерно:

- 1) подъем ST в период болей;
- 2) появление отрицательного зубца Т в период боли.

20. Какие признаки при стенокардии напряжения дают основания заподозрить возникновение инфаркта миокарда?

- 1) длительность боли более 15 мин;
- 2) появление страха смерти;
- 3) падение АД;
- 4) боль сильнее таковой во время предыдущих приступов;
- 5) все перечисленное.

21. Каков механизм действия β -адреноблокаторов?

- 1) уменьшение венозного возврата;
- 2) увеличение сердечного выброса;
- 3) снижение воздействия эндогенных катехоламинов.

22. Назовите наиболее эффективные из перечисленных ниже лекарственных средств, применяемых при стенокардии:

- 1) нитраты;
- 2) антагонисты кальция;
- 3) антикоагулянты;
- 4) антиоксиданты.

23. Что является показанием для назначения дезагрегантов при стенокардии?

- 1) гипокоагуляция;
- 2) повышение агрегации тромбоцитов;
- 3) снижение агрегации тромбоцитов.

24. Назовите критерии положительной пробы с дозированной физической нагрузкой:

- 1) одышка;
- 2) усталость;
- 3) подъем сегмента ST на 2 мм.

25. Показания к оперативному лечению стенокардии:

- 1) I-II ФК;
- 2) прогрессирующая стенокардия;
- 3) отсутствие эффекта от антиангинальной терапии.

26. Признаками нестабильной стенокардии являются:

- 1) изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
- 2) нарушение ритма и проводимости;
- 3) снижение АД без гипотензивной терапии;
- 4) появление патологического зубца Q на ЭКГ.

27. Признаками стабильной стенокардии высокого функционального класса являются:

- 1) изменение фракции выброса;
- 2) ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке;
- 3) повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме;
- 4) снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 Вт;
- 5) снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле ниже 120 Вт.

28. ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются:

- 1) удлинение интервала QT;
- 2) удлинение интервала PQ;

- 3) зубец Q с амплитудой больше трети R и длительностью более 0,03 с;
- 4) изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца T;
- 5) застывший подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии.

29. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:

- 1) развития инфаркта миокарда;
- 2) тромбоэмболии мозговых сосудов;
- 3) развития фатальных нарушений ритма сердца;
- 4) развития легочной гипертензии;
- 5) развития венозной недостаточности.

30. Развитию приступа стенокардии способствуют следующие факторы:

- 1) катехоламиновый спазм коронарных артерий;
- 2) гиперагрегация тромбоцитов;
- 3) повышение внутрисердечного давления в левом желудочке;
- 4) пароксизмы тахикардии;
- 5) правильно все.

31. Причиной вариантной стенокардии (типа Принцметала) являются:

- 1) поражение мелких сосудов коронарных артерий;
- 2) спазм крупной коронарной артерии;
- 3) спазм мелких сосудов коронарной артерии;
- 4) тромбоз коронарной артерии.

32. Проба с атропином применяется у больных со следующими целями:

- 1) для диагностики имеющихся нарушений атриовентрикулярной проводимости;
- 2) для оценки класса коронарной недостаточности;
- 3) для выявления нарушений реологических свойств крови;
- 4) для выявления скрытой коронарной недостаточности;
- 5) для диагностики синдрома слабости синусового узла

Образец билета к рубежному контролю №1, V курс X семестр
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1

1. Характеристика судорожного синдрома при истерии.
2. Показания для госпитализации пациентов с бронхиальной астмой.
3. Тиреотоксический криз, клиническая картина, лечение на догоспитальном этапе.
4. Ситуационная задача

Образец билета к рубежному контролю №2, V курс X семестр
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1

1. Фибрилляция предсердий. Клиническая картина, ЭКГ-данные, догоспитальное ведение пациентов.
2. Группы препаратов, используемых при лечении на догоспитальном этапе пациентов с гипертоническим кризом.
3. Понятие о гипертоническом кризе, классификация.
4. Ситуационная задача.

Образец билета к промежуточному контролю(зачет) V курс X семестр.
Государственное образовательное учреждение

**«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1**

1. Группы препаратов, используемых для купирования приступов бронхиальной астмы.
2. Судорожный синдром при гипокальциемии, клиника, лечение.
3. Клинические проявления и догоспитальная помощь при гипогликемической коме.
4. Ситуационная задача.
5. Тестовое задание.

Критерии оценки:

- 100% - 86% соответствует оценке «отлично»
- 85% - 76% соответствует оценке «хорошо»
- 75% - 60% соответствует оценке «удовлетворительно»
- 60% - 30% – необходимо повторно сдать тест

Критерии оценки:

- оценка **«зачтено»** выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;
- оценка **«не зачтено»** выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

Государственное образовательное учреждение

«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Перечень вопросов к рубежному контролю, семинару №1, темы 1-8

VI курс XI семестр

1. Классификация артериальной гипертензии (2007,2009 годы). Факторы риска. Стратификация риска развития осложнений. Тактика участкового терапевта при выявлении АГ.
2. Лечение АГ. Методы немедикаментозной терапии. Современная стратегия лекарственной терапии: основные группы антигипертензивных препаратов, выбор препарата, комбинированная терапия, цель лечения. Особенности ведения больных АГ при сопутствующей патологии, у лиц пожилого и старческого возраста.
3. Медико-социальная экспертиза при АГ. Диспансеризация. Реабилитация, показания для направления на медико-профессиональный этап реабилитации. Первичная и вторичная профилактика.
4. Определение ИБС. Эпидемиология. Факторы риска. Классификация ИБС.
5. Стенокардия. Клинические формы стенокардии. Патогенез болевого синдрома. Диагностические критерии приступа стенокардии. Варианты стенокардии, их характеристика. Функциональные классы стенокардии напряжения.
6. Инструментальные методы диагностики стенокардии: ЭКГ признаки стенокардии; ЭКГ-нагрузочные и фармакологические пробы, электрофизиологическое и

радионуклидное исследование, холтеровское мониторирование. Показания к проведению коронарографии.

7. Лечение стенокардии. Дифференцированная терапия. Зависимость от функционального класса. Показание к госпитализации больных стенокардией.
8. Реабилитация больных ИБС в условиях поликлиники. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. Организация работы участкового терапевта при массовых обследованиях населения на предмет выявления скрытых форм ИБС.
9. Острый коронарный синдром. Определение. Причины. Классификация. Патогенез. Клиническая картина.
10. План лабораторного и инструментального обследования больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе (дома или в условиях поликлиники).
11. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST. Патогенез. Диагностическая и лечебная тактика врача (дома или в условиях поликлиники).
12. Инфаркт миокарда. Определение. Причины. Патогенез. Эпидемиология. Классификация. Типичная и атипичные клинические формы.
13. Диагностика инфаркта миокарда в условиях поликлиники (ЭКГ-диагностика, лабораторные показатели). Лечебная тактика при инфаркте миокарда. Алгоритмы лечения на догоспитальном этапе.
14. Ранние осложнения инфаркта миокарда. Диагностика и лечебная тактика при кардиогенном шоке на догоспитальном этапе. Диагностика и лечебная тактика при интерстициальном и альвеолярном отеке легких. Диагностика и лечебная тактика при жизнеугрожающих нарушениях ритма и проводимости (пароксизмальная тахикардия, фибрилляция предсердий, фибрилляция желудочков, синдром Моганьи-Эдемса-Стокса).
15. Тактика ведения и лечения больных ИМ после выписки из стационара или из отделения реабилитации санатория; реабилитация на поликлиническом этапе, ее виды, индивидуальная программа реабилитации; медико-социальная экспертиза, временная нетрудоспособность больных ИМ, показания для долечивания и направление больных на МРЭК, критерии определения групп инвалидности; санаторно-курортное лечение, диспансеризация, вторичная профилактика.
16. Хроническая сердечная недостаточность. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация (В.Х. Василенко, Н.Д. Стражеско; NYHA). Диагностика.
17. Лечение хронической сердечной недостаточности. Немедикаментозные мероприятия. Медикаментозное лечение. Современные алгоритмы лечения с позиций доказательной медицины.
18. Диспансеризация при ХСН. Профилактика инвалидности, медико-социальная экспертиза. Санаторно-курортное лечение.
19. Диагностика, тактика и оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе при пароксизмальных нарушениях ритма (наджелудочковой и желудочковой тахикардиях, фибрилляции предсердий).
20. Диагностика, тактика и оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе при синдроме Морганьи - Эдемса - Стокса.
21. ХОБЛ. Определение. Факторы риска. Классификация. Диагностика. Лечение в период обострения и в стадию ремиссии. Диспансеризация. Реабилитация. Экспертиза трудоспособности. Санаторно-курортное лечение.
22. Бронхиальная астма. Факторы риска. Классификация. Диагностика. Программа обследования больного.
23. Тактика участкового терапевта при подозрении на профессиональную этиологию бронхиальной астмы. Диспансеризация. Экспертиза временной нетрудоспособности и стойкой утраты трудоспособности. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение.

24. Понятие ОРВИ. Классификация ОРВИ, гриппа. Примеры формулировки диагноза ОРВИ.
25. Клинические критерии ОРВИ в зависимости от этиологии, формы клинического течения, преобладания клинического синдрома (ринита, фарингита, ларингита и т.д.) и наличия осложнений
26. Дифференциальная диагностика ОРВИ с ангиной, острым бронхитом, обострением хронического бронхита, острой пневмонией.
27. Дифференциальный диагноз парагриппа и гриппа.
28. Тактика лечения ОРВИ в амбулаторных условиях с учетом конкретных клинических проявлений, особенности течения и лечения ОРВИ у лиц пожилого возраста. Патогенетическая терапия ОРВИ.
29. Лабораторно—инструментальные исследования для раннего выявления, осложнений ОРВИ, гриппа. Факторы риска возникновения гиперреактивности бронхов при ОРВИ.
30. Факторы, имеющие значение при проведении экспертизы временной нетрудоспособности больных ОРВИ. Длительность временной нетрудоспособности. Критерии выздоровления при ОРВИ.
31. Характеристика препаратов для профилактики ОРВИ. Первичная профилактика гриппа и ОРВИ.
32. Показания к госпитализации при ОРВИ, гриппе. Профилактика осложнений ОРВИ.
33. Профилактические мероприятия при ОРВИ (организационные, эпидемиологические, санитарно - гигиенические, медицинские мероприятия). Экспертиза нетрудоспособности и реабилитация при ОРВИ.
34. Наиболее частые возбудители внегоспитальной пневмонии. Укажите критерии тяжести пневмонии/
35. Перечислите клинические показания для госпитализации пациентов с пневмонией. Критерии эффективности антибактериальной терапии, её продолжительность. Принципы замены антибиотика при его неэффективности.
36. Лечение пневмонии. Выбор антибактериальной терапии в амбулаторных условиях.
37. Классификация пневмоний. Осложнения острых пневмоний.
38. План обследования пациента в соответствие со стандартами и протоколами ведения больных с пневмонией.
39. Особенности клинической картины и тактики ведения пожилых пациентов с пневмонией.
40. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших пневмонию. Показания для санаторно-курортного лечения Экспертиза нетрудоспособности у больных пневмонией.

Перечень вопросов к рубежному контролю, семинару №2, темы 10-14

VI курс XI семестр

1. В-12 дефицитная и фолиево-дефицитная анемия. Клиника. Диагностика в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Лечение в амбулаторных условиях. Профилактика. Диспансеризация.
2. Гемолитические анемии. Классификация. Клиника. Диагностика в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Лечение в амбулаторных условиях. Профилактика. Диспансеризация.
3. Гипо- и апластическая анемии. Клиника. Диагностика в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Лечение в амбулаторных условиях. Профилактика. Диспансеризация.
4. Анемия как клинический синдром гемобластозов. Диагностика гемобластозов в условиях поликлиники. Дифференциальный диагноз гемобластозов.

5. Хронический гломерулонефрит. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к госпитализации. Лечение после выписки из стационара.
6. Медико-социальная экспертиза при хроническом гломерулонефрите. Критерии длительности временной нетрудоспособности. Профилактика. Диспансеризация.
7. Хронический пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Классификация. Показания к госпитализации. Тактика лечения в период обострения и ремиссии.
8. Медико-социальная экспертиза при хроническом пиелонефрите. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. Санаторно-курортное лечение.
9. ХПН. Причины. Классификация. Диагностика. Показания к направлению на гемодиализ. Лечение ХПН в условиях поликлиники. Медико-социальная экспертиза.
10. Диагностика и лечение больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Реабилитация больных в поликлинических условиях. Показания для направления больных на консультацию к хирургу. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация. Профилактика. Санаторно-курортное лечение.
11. Язвенная болезнь. Классификация. Тактика ведения больных в условиях поликлиники. Лечение. Медико-социальная экспертиза. Профилактика.
12. Хронические гепатиты в практике участкового терапевта. Классификация, варианты течения, клинические особенности.
13. Клинико-лабораторные синдромы при гепатите. Тактика ведения больных в условиях поликлиники. Лечение. Медико-социальная экспертиза. Профилактика.
14. Циррозы печени в практике участкового терапевта. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения.
15. Лечение цирроза печени в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация. Профилактика.
16. Функциональная диспепсия и хронический гастрит. Современный подход к диагностике.

Перечень вопросов к рубежному контролю, семинару №3, темы 16-20

VI курс XI семестр

1. Причины возможного затяжного повышения температуры тела. Значение характера температурной кривой, ее длительности. Схема диагностического поиска. Тактика участкового врача при установлении диагноза при лихорадке неясного генеза.
2. Преемственность в наблюдении онкологических больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Ведение больных злокачественными опухолями в практике участкового врача.
3. Суставной синдром как проявление диффузного поражения соединительной ткани и как самостоятельное заболевание.
4. Ревматоидный артрит. Клиника. Классификация. Ранняя диагностика. Показания к госпитализации. Амбулаторное лечение. Реабилитация. Медико-социальная экспертиза. Санаторно-курортное лечение.
5. Первичный остеоартроз. Клиника. Классификация. Ранняя диагностика. Показания к госпитализации. Амбулаторное лечение. Реабилитация. Медико-социальная экспертиза. Санаторно-курортное лечение.
6. Подагра. Клиника. Классификация. Ранняя диагностика. Показания к госпитализации. Амбулаторное лечение. Реабилитация. Медико-социальная экспертиза. Санаторно-курортное лечение.
7. СКВ. Клиника. Классификация. Ранняя диагностика. Показания к госпитализации. Амбулаторное лечение. Реабилитация. Медико-социальная экспертиза. Санаторно-курортное лечение.
8. Системная склеродермия. Клиника. Классификация. Ранняя диагностика. Показания к госпитализации. Амбулаторное лечение. Реабилитация. Медико-социальная экспертиза. Санаторно-курортное лечение.

9. Дерматомиозит. Клиника. Классификация. Ранняя диагностика. Показания к госпитализации. Амбулаторное лечение. Реабилитация. Медико-социальная экспертиза. Санаторно-курортное лечение.
10. Остеопороз. Клиника. Классификация. Ранняя диагностика. Показания к госпитализации. Амбулаторное лечение. Реабилитация. Медико-социальная экспертиза. Санаторно-курортное лечение.
11. Эпидемиология, классификация сахарного диабета.
12. Клиническая картина, диагностика сахарного диабета.
13. Нарушение толерантности к глюкозе и нарушение гликемии натощак.
14. Лечение сахарного диабета. Новые направления в разработке средств контроля и методов лечения.
15. Санаторно-курортное лечение, трудовая экспертиза при сахарном диабете.
16. Диспансеризация, профилактика при сахарном диабете. Прогноз.
17. Особенности ведения пациентов пожилого возраста с ХОБЛ.
18. Особенности ведения пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
19. Проблемы медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте.

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Перечень тестовых заданий к рубежному контролю №1, темы
1-8. VI курс XI семестр

- 001 Применение вагусных проб может прервать приступ:
- 1 фибрилляции желудочков.
 - 2 мерцание предсердий
 - 3 желудочковой пароксизмальной тахикардии
 - 4 предсердной пароксизмальной тахикардии,
 - 5 перегородочной пароксизмальной тахикардии
- 002 Для левожелудочковой недостаточности наиболее характерно наличие всех признаков, кроме:
- 1 акрацианоза.
 - 2 кровохарканье.
 - 3 переполнение шейных вен
 - 4 одышки
 - 5 крепитации в легких
- 003 Для кардиогенного шока характерны все признаки, кроме:
- 1 холодных конечностей,
 - 2 увеличение пульсового давления,
 - 3 олигурии до анурии,
 - 4 липкого пота
 - 5 «мраморности» кожи
- 004 К антикоагулянтам относятся все препараты, кроме:
- 1 фенилина
 - 2 гепарина
 - 3 викасола
 - 4 синкумара
 - 5 дикумарина
- 005 К атипичным формам инфаркта миокарда относятся все, кроме:
- 1 аритмической
 - 2 бессимптомной.
 - 3 стенокардической.

4 периферической

5 церебральной

006 При наличии в течение года давящей боли за грудиной при малейшей физической нагрузке, а нередко и в покое следует думать о стенокардии:

1 напряжение ФК III

2 впервые возникшей.

3 прогрессирующей,

4 напряжение ФК IV,

5 вариантной

007 Согласно классификации, ВОЗ показателем I стадии гипертонической болезни является повышение систолического давления

1 до 140 мм.рт.ст.

2 до 150 мм.рт.ст.

3 до 160 мм.рт.ст..

4 до 170 мм.рт.ст.

5 до 180 мм.рт.ст

008. При I стадии гипертонической болезни имеются все признаки, кроме:

1 периодического умеренного повышения АД

2 акцента II тона на аорте.

3 головной боли,

4 утомляемости,

5 гипертрофии миокарда левого желудочка

009. Для инфаркта миокарда характерно повышение всех показателей, кроме:

1 щелочной фосфатазы

2 креатинфосфотазы

3 лактатгидрокиназы

4 аспаратаминотрансферазы

5 миоглобина

010. Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:

1) уменьшение вольтажа всех зубцов

2) подъем сегмента ST

3) депрессия ST более чем на 2 мм

4) появление отрицательных зубцов T

5) тахикардия

011. Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда:

1) отек легких

2) нарушение ритма

3) острая сердечно-сосудистая недостаточность

4) кардиогенный шок

5) разрыв сердца

012. Самая частая причина смерти при остром инфаркте миокарда:

1) кардиогенный шок

2) левожелудочковая недостаточность

3) нарушение ритма

4) полная A V -блокада

5) тампонада сердца

013. В диагностике ИБС наиболее информативными являются:

1) аускультативные данные

2) типичные анамнестические данные

3) данные ЭКГ

4) данные анализа крови (клинического, биохимического)

5) состояние гемодинамики

014. Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:

- 1) только при не осложненном течении
- 2) больным до 50-летнего возраста
- 3) при первичном инфаркте миокарда
- 4) при отсутствии сопутствующих заболеваний
- 5) по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда

015. Наиболее значимым фактором риска ИБС является:

- 1) употребление алкоголя
- 2) артериальная гипертензия
- 3) курение
- 4) гиподинамия
- 5) умеренное ожирение

016. Какие признаки отличают миокардиодистрофию от других заболеваний сердца?

1. наличие воспалительного процесса в миокарде
2. сочетание нарушений метаболических процессов и воспаления в миокарде
3. патологические изменения метаболизма миокардиоцитов
4. нарушений коронарной гемодинамики
5. иммуноаллергическое поражение миокарда

017. Какие препараты нежелательно применять при лечении гипертрофической кардиомиопатии?

1. амиодарон
2. пропранолол
3. верапамил
4. нитроглицерин
5. все можно применять

018. Какие патологические процессы не участвуют в формировании клинической картины дилатационной кардиомиопатии?

1. нарушения ритма
2. сердечная недостаточность
3. тромбоэмболические осложнения
4. все участвуют
5. все не участвуют

019. Купирование ангиозного приступа в условиях поликлиники включает:

1. нитроглицерин сублингвально
2. нитраты внутривенно капельно
3. спазмолитики
4. наркотические анальгетики

020. Для рестриктивной кардиомиопатии наибольшие трудности в дифференциальной диагностике составляют:

1. стенокардия
2. констриктивный перикардит
3. ревматический миокардит
4. «гипертоническое» сердце

021. Как изменяется голосовое дрожание при уплотнении легочной ткани?

- 1 не изменено
- 2 ослаблено
- 3 усиленно
- 4 не определяется,

5 несколько ослаблено

022. Какой побочный дыхательный шум наиболее характерен для инфильтрации легочной ткани?

- 1 сухие хрипы
- 2 влажные хрипы
- 3 шум трения плевры,
- 4 плевро-перикардальный шум

023 Базисными препаратами для лечения бронхиальной астмы в условиях поликлиники являются:

- а) фенотерол (беротек);
- б) ингаляционные глюкокортикоидные препараты (бекламетазон, будесонид);
- в) производные метилксантинов (теопек, теотард, теофиллин);
- г) кромогликат натрия (интал).

024 Базисными препаратами для лечения больных ХОБЛ бронхитом являются:

- а) антихолинэргические препараты (ипратропиум бромидатровент);
- б) В2 агонисты (сальбутамол, фенотерола гибробромид-беротек, астмопент);
- в) ингаляционные глюкокортикоидные препараты;
- г) производные теофиллина.

025 Для купирования приступа бронхиальной астмы можно использовать:

- а) ингаляционные антихолинэргические препараты холинолитики и В2-агонисты;
- б) интал (кромогликат натрия);
- в) ингаляционные глюкокортикоиды;
- г) внутривенное введение эуфиллина, глюкокортикоидов.

026 Для тяжелой бронхиальной астмы характерны:

- а) частые обострения с ограниченной физической активности из-за проявлений бронхиальной астмы;
- б) физическая активность ограничена из-за проявлений бронхиальной астмы;
- в) пиковая скорость выдоха более 60% от должного, суточные колебания ее менее 30%;
- г) отсутствуют физикальные изменения в легких в межприступном периоде.

027. Для бронхиальной астмы характерны:

- а) ночные приступы удушья с поверхностным частым дыханием, могут сопровождаться пенистой мокротой;
- б) приступы удушья с затрудненным выдохом, после окончания приступа выделяется стекловидная вязкая мокрота;
- в) вне приступа в начале заболевания над легкими дыхание везикулярное;
- г) вне приступа в нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые незвучные влажные хрипы.

028. Показания для госпитализации больных бронхиальной астмой:

- а) астматический статус;
- б) для решения экспертных вопросов;
- в) при подозрении заболевания;
- г) при одиночных приступах удушья, купирующихся ингаляционными бронхолитическими препаратами

029 Для острого бронхита с бронхиальной обструкцией при аускультации характерно:

- а) рассеянные сухие свистящие хрипы;
- б) жесткое дыхание, преобладает выдох;
- в) мелкопузырчатые влажные хрипы на ограниченном участке легкого;
- г) ослабленное везикулярное дыхание.

030 При приступе бронхиальной астмы из перечисленных препаратов противопоказан:

- а) атропин;
- б) адреналин;

- в) астмопент ингаляционно;
- г) интал ингаляционно;
- д) беротек ингаляционно.

031 Из перечисленных признаков для приступа бронхиальной астмы характерны все, кроме:

- а) вынужденного положения больного;
- б) свистящих хрипов;
- в) удушья;
- г) тахикардия;
- д) снижения артериального давления.

032 Какой из указанных дополнительных методов обследования обязателен для установления степени тяжести хронического обструктивного бронхита?

- а) рентгенография органов грудной клетки;
- б) клинический анализ крови;
- в) ЭКГ;
- г) общий анализ мокроты;
- д) спирография.

033. Какие аускультативные феномены характерны для пневмонии?

- а) шум плеска;
- б) амфорическое дыхание;
- в) влажные хрипы.

034. Назовите фактор риска ХОБЛ?

- а) нерегулярное питание;
- б) гиподинамия;
- в) алкоголизм;
- г) курение.

035 Индекс Тиффно является показателем:

- а) общей жизненной емкости легких;
- б) показателем альвеолярной вентиляции;
- *в) состояния бронхиальной проходимости;
- г) эффективной вентиляции.

036 Когда назначают антибиотики больным ХОБЛ?

- а) с целью профилактики обострений;
- б) при лечении глюкокортикостероидами;
- в) при усилении одышки и кашля, сопровождающихся увеличением продукции гнойной мокроты;
- г) при снижении ОФВ1" менее 50 % от должных величин;
- д) не назначают.

037 При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:

- а) дыхательный объем;
- б) общая емкость легких;
- в) остаточный объем воздуха;
- г) жизненная емкость легких.

038 "Коробочный звук" при хроническом бронхите указывает на развитие:

- 1 острой пневмонии
- 2 эмфиземе
- 3 пневмосклероза
- 4 бронхоэктазов
- 5 плеврита

039. При ОРВИ с высокой температурой показано применение:

- 1) эритромицина
- 2) ампициллина
- 3) бисептола
- 4) аспирина
- 5) ни одного из указанных препаратов

Государственное образовательное учреждение

«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Перечень тестовых заданий к рубежному контролю, семинару №2, темы 10-14. VI курс XI семестр

001 Больной дискинезией желчевыводящих путей по гипомоторному типу с целью предупреждения обострений вы назначите:

- 1 спазмолитики,
- 2 холеретики,
- 3 антибиотики,
- 4 цитопротекторы
- 5 холекинетики,
6. ЛФК

002 Какой из перечисленных методов является основным в диагностике хронических гастритов?

- 1 эндоскопия с прицеленной биопсией,
- 2 комплекс клинических данных
- 3 рентгенологическое исследование желудка
- 4 исследование секреторной функции желудка
- 5 все перечисленные методы

003. При гастрите типа «А» поражается:

- 1 антральный отдел желудка,
- 2 кардиальный отдел желудка
3. тело желудка
- 4 пилорический канал
- 5 все отделы желудка

004. Для какого типа хронического гастрита наиболее характерно присутствие в слизистой

оболочке пилорического хеликобактера?

- 1 для гастрита типа «А»
- 2 для гастрита типа «С».
- 3 для любого вида
- 4 для эрозивного гастрита
- 5 для гастрита типа «В»

005 Характерным симптомом острого гломерулонефрита является:

- 1 полиурия
- 2 артериальная гипертония
- 3 поллакурия ,
- 4 гипоизостенурия
- 5 пиурия

006 Выберите причину постренальной острой почечной недостаточности:

- 1 шоковая почка
- 2 острая обструкция мочевых путей
- 3 токсическая почка,
- 4 тромбоэмболия почечной артерии
- 5 ожоговая болезнь

007 Рвота, возникающая через 10-15 минут после приема пищи, чаще наблюдается при:

- 1 эзофагите.
 - 2 стенозе привратника
 - 3 колите,
 - 4 хроническом гастрите,
 - 5 язвенной болезни желудка
- 008 Пробу Зимницкого проводят с целью определения:
- 1 пиурии
 - 2 суточного диуреза.
 - 3 концентрационной способности почек
 - 4 суточной протеинурии
 - 5 клубочковой фильтрации
- 009 Для острого гломерулонефрита характерны все признаки, кроме:
- 1 выраженной лейкоцитурии
 - 2 гематурии
 - 3 снижения диуреза
 - 4 выраженной протеинурии
010. Основными клинико-лабораторными признаками нефротического синдрома являются все ниже перечисленные, кроме:
- 1) массивной протеинурии
 - 2) эритроцитурии
 - 3) гипоальбуминемии, диспротеинемии
 - 4) гиполипидемии
 - 5) отеков
011. Хроническая почечная недостаточность диагностируется по:
- 1) отекам при наличии протеинурии
 - 2) артериальной гипертензии и изменениям в моче
 - 3) бактериурии
 - 4) повышению концентрации креатинина в крови
 - 5) повышению уровня мочевой кислоты в крови
012. Для восстановления запасов железа при наличии железодефицитной анемии терапию препаратами железа следует проводить в течение:
- 1) 3-6 месяцев
 - 2) 2 месяцев
 - 3) 3 недель
 - 4) 5-7 дней
013. Какие препараты из приведенных ниже оказывают центральное положительное координирующее действие на моторную функцию кишечника?
1. метоклопрамид (церукал)
 2. домперидон (мотилиум)
 3. все оказывают
014. Осложнение цирроза печени:
1. подпеченочная желтуха
 2. сердечная недостаточность
 3. кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка
 4. язва желудка
015. К миотропным спазмолитикам относят:
1. аллохол
 2. бускопан
 3. мебеверин
 4. гастроцепин

016.С помощью какого из перечисленных методов исследования определяется клубочковая фильтрация:

1. клиренс эндогенного креатинина
2. клиренс глюкозы
3. клиренс эндогенной мочевины
4. клиренс мочевой кислоты
5. клиренс белка

017. Больные хроническим гломерулонефритом при диспансерном наблюдении осматриваются:

1. 1 раз в год
2. 3 раза в год
3. 2-4 раза в год, в зависимости от тяжести заболевания
4. 4 раза в год

018. Наиболее частыми проявлениями гиперспленизма при заболеваниях печени являются:

1. анемия
2. лейкопения
3. тромбоцитопения
4. спленомегалия
5. анемия, лейкопения, тромбоцитопения, спленомегалия

019. Наиболее информативный метод диагностики цирроза печени:

1. ультразвуковое исследование
2. компьютерная томография
3. обзорный снимок брюшной полости
4. биопсия печени

020. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

1. H₂-блокаторы гистамина
2. де-нол
3. спазмолитические средства
4. беззондовые тюбажи
5. хирургическое лечение

Государственное образовательное учреждение

«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Перечень тестовых заданий к рубежному контролю, семинару №3, темы 16-20. VI курс XI семестр

001. К диагностическим критериям ревматоидного артрита относятся все указанные, кроме:

- 1 утренней скованности
- 2 припухлости периартикулярных мягких тканей.
- 3 наличие узелков Гебердена
- 4 боли при движении суставов
- 5 наличия ревматоидного фактора

002. Какие из препаратов относятся к хондропротекторам?

- а) дона
- б) структум
- в) циклофосфан
- г) артепарон

003. Какой из указанных нестероидных противовоспалительных препаратов вызывает наиболее побочные эффекты со стороны системы кроветворения центральной нервной системы кожи и обладает наибольшей гепатотоксичностью?

- а) индометин

б) салицилаты

в) напроксен

г) диклофенак натрия

004. При лечении пациента 42 лет с рецидивирующим подагрическим артритом для профилактики обострения могут быть использованы препараты:

а) индометин

б) преднизолон

в) аллопуринол

г) азатиоприн

005. С какими лекарственными препаратами не сочетается вольтарен?

а) валокордин

б) бисептол

в) антикоагулянты

г) стрептомицин

006. Для острого подагрического артрита не характерно:

а) поражение I плюснефалангового сустава

б) резкая боль в пораженном суставе

в) гиперемия кожи над пораженным суставом и его припухлость

г) длительность суставной атаки более 3-х недель

007 Узелки Бушара появляются при:

а) подагре

б) ревматоидном артрите

в) остеоартрозе

г) узелковом периартериите

008 Рентгенологическими признаками остеоартроза не является:

а) субхондральный склероз

б) краевые остеофиты

в) сужение суставных щелей

г) околосуставной остеопороз

009 Двусторонний сакроилеит является признаком:

а) анкилозирующего спондилита

б) остеопороза

в) ревматоидного артрита

г) подагрического артрита

010 Признаком характерным для ревматоидного артрита является:

а) двусторонний сакроилеит

б) симметричный артрит проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кистей

в) талалгия

г) артрит коленных суставов

011 К базисным препаратам в лечении ревматоидного артрита не относятся:

а) лефлуномид

б) метатрексат

в) сульфасалазин

г) диклофенак

012 Терапевтическое действие базисных препаратов при лечении ревматоидного артрита проявляется:

а) через несколько дней

б) через несколько недель

в) через несколько месяцев

г) через полгода

013. Перечислите особенности фармакокинетики, фармакодинамики лекарственных препаратов у пожилых людей:

- 1 замедление всасывания
- 2 замедление распределения
- 3 снижение скорости метаболизма
- 4 снижение скорости выведения
- 5 ни одно из перечисленных

014. Заболевание, при котором встречается симптоматический сахарный диабет:

- 1) ишемическая болезнь сердца
- 2) болезнь и синдром Иценко-Кушинга
- 3) хронический пиелонефрит
- 4) язвенная болезнь желудка
- 5) хронический гепатит

015. Признак, характерный для сахарного диабета 1 типа:

- 1) возраст старше 45 лет
- 2) принадлежность к мужскому полу
- 3) склонность к кетоацидозу
- 4) повышенная масса тела
- 5) наследственная предрасположенность

Правильный ответ: 3

016. Признак, характерный для сахарного диабета 2 типа:

- 1) возраст моложе 45 лет
- 2) принадлежность к мужскому полу
- 3) склонность к кетоацидозу
- 4) повышенная масса тела
- 5) сниженная масса тела

017. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы капиллярной крови натощак:

- 1) $>6,0$ ммоль/ л
- 2) $>5,6$ ммоль/ л
- 3) $<6,0$ ммоль/ л
- 4) $\geq 6,1$ ммоль/ л
- 5) $>5,8$ ммоль/ л

018. При сахарном диабете 2 типа первый осмотр глазного дна необходимо проводить:

- 1) не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания
- 2) у всех пациентов - сразу после выявления сахарного диабета 2 типа
- 3) не позднее, чем через 1 год после диагностики заболевания
- 4) не позднее, чем через 6 месяцев после диагностики сахарного диабета 2 типа
- 5) у лиц с повышенным АД - сразу после выявления сахарного диабета 2 типа, у остальных пациентов – не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания

019. наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете 2 типа является:

- 1) кетонемическая кома
- 2) гиперосмолярная кома
- 3) инфаркт миокарда
- 4) гангрена нижних конечностей
- 5) диабетическая нефропатия

020 Факторы, принимающие участие в развитии диабетической стопы:

- 1) диабетическая нейропатия, атеросклероз сосудов нижних конечностей
- 2) пол больного
- 3) масса тела больного
- 4) возраст больного

5) тип сахарного диабета

**Образец билета к рубежному контролю №1, V курс XI семестр
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1**

1. Определение ИБС. Эпидемиология. Факторы риска. Классификация ИБС.
2. Диагностика инфаркта миокарда в условиях поликлиники (ЭКГ-диагностика, лабораторные показатели). Лечебная тактика при инфаркте миокарда. Алгоритмы лечения на догоспитальном этапе.
3. Понятие ОРВИ. Классификация ОРВИ, гриппа. Примеры формулировки диагноза ОРВИ.
4. Тестовое задание.

**Образец билета к рубежному контролю №2, V курс XI семестр
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1**

1. В-12 дефицитная и фолиево-дефицитная анемия. Клиника. Диагностика в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Лечение в амбулаторных условиях. Профилактика. Диспансеризация.
2. Медико-социальная экспертиза при хроническом гломерулонефрите. Критерии длительности временной нетрудоспособности. Профилактика. Диспансеризация.
3. Функциональная диспепсия и хронический гастрит. Современный подход к диагностике.
4. Тестовое задание.

**Образец билета к рубежному контролю №3, V курс XI семестр
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1**

1. Суставной синдром как проявление диффузного поражения соединительной ткани и как самостоятельное заболевание.
2. Нарушение толерантности к глюкозе и нарушение гликемии натощак.
3. Проблемы медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте.
4. Тестовое задание.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко
Кафедра терапии №1
«Поликлиническая терапия»
Перечень вопросов для промежуточному контролю(экзамен)**

1. Основные принципы организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений.
2. Структура поликлиники. Организация работы, функции регистратуры поликлиники.
3. Основная документация, используемая участковым врачом.
4. Порядок направления, проведения КВЭЖ.

5. Показания к направлению на экспертизу жизнедеятельности.
6. Критерии определения групп инвалидности. Каковы группы инвалидности, на какой срок их устанавливают? В каких случаях категорию или группу инвалидности устанавливают без срока переосвидетельствования?
7. Порядок обжалования решения КВЭЖ.
8. Понятие о временной нетрудоспособности. Порядок выдачи ЛОМО на общих основаниях.
9. Правила выдачи ЛОМО при стационарном лечении.
10. Порядок выдачи ЛОНТ при санаторно-курортном лечении.
11. Порядок выдачи документа о нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
12. Цели создания врачебной комиссии в медицинской организации.
13. Порядок льготного обеспечения лекарственными средствами на территории ПМР.
14. Раннее выявление туберкулеза. Роль врача поликлиники.
15. Алгоритм диагностического поиска при синкопальных состояниях.
16. Алгоритм диагностического поиска при отечном синдроме.
17. Онкологическая настороженность в отношении рака желудка.
18. Синдром лихорадки, тактика врача поликлиники. Показания для госпитализации.
19. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения – диагностика в амбулаторных условиях. Тактика ведения, показания для госпитализации.
20. Грипп. Лечение в амбулаторных условиях. Тактика при выявлении случая вирусной инфекции, вызванной высокопатогенным штаммом.
21. «Симптомы тревоги» и функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта.
22. Бронхиальная астма. Диспансерное наблюдение.
23. Функциональная диспепсия и хронический гастрит. Современный подход к диагностике.
24. ОРВИ. Алгоритм ведения в амбулаторных условиях. Показания для госпитализации.
25. Порядок динамического наблюдения больных при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
26. Артериальная гипертензия. Факторы риска. Профилактика. Лечение.
27. Дифференциальная диагностика при острой боли в животе (догоспитальный этап).
28. Синдром бронхообструкции, возможности диф. диагностики в условиях поликлиники.
29. Хроническая почечная недостаточность, причины развития. Методы лечения.
30. Диагностические и лечебно-профилактические подходы при диспансерном наблюдении пациентов с патологией билиарной системы (дискинезии билиарных путей, холецистит).
31. Диагностический алгоритм при суставном синдроме.
32. Схема динамического наблюдения больных при циррозе печени.
33. Ревматизм. Профилактика первичная и вторичная.
34. Туберкулез органов дыхания. Дифференциальная диагностика. Тактика врача поликлиники при выявлении, диспансеризация.
35. Диспансерный учёт пациентов, страдающих хроническим панкреатитом: диагностические и лечебно-профилактические мероприятия.
36. Ангины. Вопросы дифференциальной диагностики. Тактика терапевта поликлиники.
37. Диспансеризация больных при хроническом течении патологии кишечника (синдром раздражённого кишечника, колит, энтерит).
38. Ишемическая болезнь сердца. Нестабильная стенокардия. Дифференциальная диагностика. Тактика врача поликлиники.
39. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся мочевым синдромом.

40. Пневмония. Тактика врача на амбулаторном этапе (диагностика, лечение в амбулаторных условиях, экспертиза временной утраты трудоспособности)
41. Тактика врача при выявлении больного с синдромом желтухи на догоспитальном этапе.
42. Диспансерное наблюдение за больными хроническим гепатитом.
43. Резистентная артериальная гипертензия. Пути решения.
44. Острый инфаркт миокарда. Тактика врача поликлиники.
45. Пневмония. Показания для госпитализации, реабилитация, диспансеризация.
46. Дифференциальная диагностика при острых респираторных заболеваниях.
47. Алгоритм дифференциальной диагностики при наличии у больного геморрагической сыпи.
48. Хроническая почечная недостаточность, причины развития. Методы лечения.
49. «Маски туберкулёза». Ранняя диагностика в амбулаторных условиях.
50. Диспансеризация больных с желчекаменной болезнью, показания к оперативному лечению.
51. Программа физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда на поликлиническом этапе.
52. Артериальная гипертензия – вопросы трудоустройства.
53. Онкологическая настороженность в практике участкового терапевта. Синдром малых признаков в онкологии.
54. Заболевания, протекающие с анемическим синдромом. Диагностический поиск в условиях поликлиники. Тактика врача поликлиники.
55. Схема динамического наблюдения больных, перенесших острое воспаление лёгких.
56. Алгоритм диспансерного наблюдения больных, страдающих бронхиальной астмой (Группа здоровья Д-3).
57. Гипертрофическая кардиомиопатия. Диагностика. Клинические проявления. Диспансеризация.
58. Алгоритм диагностического поиска при синдроме желтухи.
59. Онкологическая настороженность в отношении рака почки.
60. Объем диагностического поиска при суставном синдроме. Вопросы трудоустройства при СЗСТ.
61. Общая программа амбулаторно-поликлинического обследования больного с заболеванием органов дыхания.
62. Остеохондроз, особенности болевого синдрома. Диф. Диагностика в практике врача амбулаторно-поликлинического звена. Показания для консультации других специалистов.
63. Вопросы экспертизы стойкой утраты трудоспособности при ХОБЛ.
64. Осложненный гипертонический криз. Тактика врача на догоспитальном этапе.
65. Клинические формы острой сосудистой недостаточности. Алгоритм диагностики и содержание мероприятий на догоспитальном этапе.
66. Медикаментозные препараты, используемые для купирования гипертонического криза на догоспитальном этапе. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации.
67. Алгоритм неотложных мероприятий на догоспитальном этапе при коме неизвестной этиологии.
68. Алгоритм терапии на догоспитальном этапе при приступах МЭС у больного с полной АВ блокадой.
69. Неотложная помощь при остром пероральном отравлении.
70. Гипогликемическая кома. Тактика на догоспитальном этапе.
71. Клинические проявления и неотложная терапия при отеке легких на догоспитальном этапе.
72. Тиреотоксический криз тактика врача в амбулаторных условиях.
73. Неотложная помощь при острых психотических состояниях.

74. Лечение диабетической (кетоацидотической) комы (догоспитальный этап).
75. Схема неотложных мероприятий на догоспитальном этапе при желудочно-кишечном кровотечении.
76. Алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе при остром коронарном синдроме.
77. Сердечно-лёгочная реанимация на догоспитальном этапе.
78. Алгоритм неотложных мероприятий на догоспитальном этапе при судорожном синдроме.
79. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе при крапивнице, отёке Квинке, анафилактическом шоке.
80. Лечение гипогликемической комы (догоспитальный этап).
81. Алгоритм терапии на догоспитальном этапе при брадиаритмии.
82. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе при пароксизме мерцания/трепетания предсердий.
83. Алгоритм лечебных мероприятий на догоспитальном этапе при желудочковой тахикардии.
84. Алгоритм купирования приступа бронхиальной астмы на догоспитальном этапе.
85. Догоспитальная помощь пациенту с пищевой токсикоинфекцией.
86. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при наличии у больного синдрома ишемических болей в грудной клетке.
87. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе при пароксизме суправентрикулярной тахикардии.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко
Кафедра терапии №1
«Поликлиническая терапия»

Перечень ситуационных задач для промежуточному контролю(экзамен)

Задача 1.

Больная, 68 лет. Диспансерный осмотр на дому.

Жалобы на деформацию и тугоподвижность суставов кистей рук, боли и тугоподвижность, усиливающиеся по утрам, боли в левом подреберье, усиливающиеся после приема лекарств, слабость, потливость. Больна 25 лет, когда впервые был выставлен диагноз ревматоидный артрит. В течение 15 лет непрерывно получала диклофенак и преднизолон в суточной поддерживающей дозе 10 мг/сут под прикрытием альмагеля. На I группе инвалидности в течение 4-х лет. Передвигается с посторонней помощью.

Объективно. Изменения суставов кистей по типу Х-образных с ульнарной девиацией. Суставов кистей рук тугоподвижны, при пальпации — умеренная болезненность, ревматоидный сапроилент и коксит. Лицо лукообразное, классические проявления кушенгоида, индекс массы тела 29. Пульс 92 уд./мин., ритм. удовл. наполнения, АД 140/90 мм рт ст.

Сформулируйте диагноз и дифференциальный диагноз, тактику ведения больного.

Задача 2

Больной, 44 года.

Жалобы на боли и тугоподвижность в правом коленном суставе, усиливающиеся к вечеру и при малейшей физической нагрузке. Болен в течение 3-х лет, когда появились боли в правом коленном суставе. Настоящее обострение в течение 1 недели, характеризуется усилением боли и припухлостью.

Объективно. Правый коленный сустав несколько отёчен. При пальпации болезненный. Движения в нём также болезненны, определяется смещение подколенника. Р-графия

сустава: линейный остеосклероз в субхордальной части, краевые остеоциты. Сужение суставной щели.

Лабораторные исследования: общий клинический анализ крови без патологии, повышение титра ДФА, фибриногена и серомукоида.

Сформулируйте диагноз и дифференциальный диагноз, тактику ведения больного.

Задача 3

Больная Д., 67 лет, работает вахтером.

Обратилась к участковому терапевту с жалобами на боль в правом коленном суставе, утреннюю скованность до 30 мин, тугоподвижность сустава и хруст в нем при движении, особенно при подъеме или спуске по лестнице.

Заболевание началось 5 лет назад, появились боли в данном суставе, с небольшой утренней скованностью, хруст при движении, в дальнейшем эти явления прогрессировали.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 162, вес 85 кг, ИМТ — 32. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности.

Пульс ритмичный, ЧСС — 84 удара в минуту, АД — 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Деформация правого коленного сустава, ограничение подвижности в пораженном суставе, гипотрофия мышц.

Анализ крови: эритроциты — $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты — $9 \times 10^9/л$, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, общий белок — 75 г/л, СОЭ — 10 мм/ч.

Рентгенография правого коленного сустава: признаки околосуставного остеопороза, субхондральный остеосклероз, сужение суставной щели, множественные остеофиты.

Сформулируйте диагноз, назначьте дополнительные методы обследования, если они необходимы, тактика в лечении данного пациента.

Задача 4

Женщина 32 лет

Жалобы: субфебрильная температура, слабость, потливость, особенно по ночам, кашель.

Анамнез: больной считает себя в течение 2х месяцев, когда появился кашель и стала отмечать субфебрильную температуру. Амбулаторно лечилась по поводу ОРЗ.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. АД 110/70 мм рт ст, пульс 76 уд/мин, ЧД 16. В легких дыхание везикулярное.

При рентгенологическом исследовании в верхушечном и заднем сегментах верхней доли правого легкого на фоне усиленного и деформированного рисунка различных размеров очажки уплотнения с нечеткими контурами. В остальных отделах легких без особенностей. Увеличенных лимфатических узлов в корневой зоне и средостении не определяется.

Предварительное заключение, тактика ведения пациента.

Задача 5.

Пациент В., 23 лет

При осмотре на дому предъявляет жалобы на повышенную температуру тела до $38,6^{\circ}C$, слабость, потливость, кашель с выделением мокроты желто-зеленого цвета.

Из анамнеза: заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появился кашель и поднялась температура тела до $37,5^{\circ}C$.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Телосложение астеническое. Температура тела $38^{\circ}C$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД — 20 в мин. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно — справа ниже угла лопатки зона притупления перкуторного звука диаметром примерно 10 см. Над этой зоной

дыхание ослаблено, выслушиваются влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Область сердца не изменена. Тоны ясные, сердечная деятельность ритмичная. ЧСС 103 в мин, АД 115/70 мм рт.ст. живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание и стул в норме.

Сформулируйте диагноз, тактика ведения пациента.

Задача 6.

Больная, 28 лет.

Жалобы на слабость, головокружения, сердцебиение, одышку при обычной физической нагрузке, трещины в уголках рта. Считает себя больной 2 года, когда впервые появилась мышечная слабость, далее головокружение, сердцебиение, в последнее время трещины в уголках рта. Месячные обильные до 7-8 дней. Беременности не было. Гинекологически здорова.

Объективно. Бледность кожных покровов. На верхушке сердца выслушивается мягкий короткий систолический шум. ЧСС 105 уд\мин, ритмичный. АД 100\60. На ЭКГ синусовая тахикардия 100 уд\мин. Нерезкие изменения миокарда левого желудочка диффузного характера.

Гемоглобин 90 г\л, эритроциты $3 \cdot 10^{12}$ г\л, гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Сывороточное железо 9,3 мкмоль\л.

Сформулируйте диагноз и дифференциальный диагноз, тактику ведения больного.

Задача 7.

Больной, 72 года.

Жалобы на утомляемость, слабость, одышку при обычной физической нагрузке, тошноту, периодически рвоту, парестезии ног, ощущение ползания по ногам мурашек. Считает себя больным в течение 1-го месяца, когда появились вышеуказанные жалобы, которые перед визитом к терапевту усилились. Из анамнеза. В течение 12 лет страдает атрофическим гастритом, находится на диспансерном наблюдении.

Объективно. Избыточного питания, лицо одутловатое, бледно-желтушное, склеры иктеричны. Язык чистый, влажный, со сглаженными сосочками. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезёнка не пальпируются. Тоны сердца приглушены. ЧСС 95 в мин, ритм. АД 110\70 мм рт.ст. В клиническом анализе крови: цветовой показатель 1,2; эритроциты большие, слегка овальной формы, в части с тельцами Жолли, кольцами Кебота. Анизоцитоз; нейтрофилов 42%; тромбоцитов 10000. Билирубин 40 ммоль\л, конъюгированный – 4,5 ммоль\л. Сывороточное железо 20 ммоль\л. Симметричное снижение мышечной силы и снижение болевой чувствительности нижних конечностей. Пальпация артерий стоп сохранена.

Сформулируйте диагноз и дифференциальный диагноз, тактику дообследования больного.

Задача 8.

Больная, 61 год.

Диспансерный осмотр. Жалобы на кашель и одышку, кашель с небольшим количеством светлой мокроты. Одышка при физической нагрузке средней интенсивности. Кашель появился давно во времена работы крановщицей на литейно-механическом заводе, где запылённость кварц-содержащей пылью превышает норму от 1,5 до 12 раз.

Объективно. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком, подвижность нижнего лёгочного края несколько снижена, небольшое количество рассеянных сухих хрипов с обеих сторон. Рентгенологическая картина: признаки умеренной эмфиземы, усиление и деформация лёгочного рисунка за счёт бронхиального компонента. Бронхоскопическая картина: в трахее и осматриваемых бронхах слизистая бледная, тонкая с расширенными устьями желез, секрет бледный, сосудистый рисунок подчёркнут, выраженная «пылевая татуировка». Изменения двусторонние и диффузные. ФВД – небольшие обструктивные нарушения.

Анализ крови общий – без патологии.

Сформулируйте диагноз и тактику диспансерного наблюдения.

Задача 9.

Больная К., 22 лет,

Жалуется на ноющую боль в правом подреберье, периодически отрыжку, тошноту, снижение аппетита. Три года назад через два месяца после аппендэктомии лечилась в инфекционной больнице по поводу желтухи. С тех пор периодически беспокоит ноющая боль в правом подреберье, диспептические симптомы.

При осмотре: нормального питания, субиктеричность склер. Со стороны легких и сердца без особенностей. Язык обложен сероватым налетом. Живот мягкий, пальпируется увеличенная, выступающая на 3 см из-под края реберной дуги, болезненная печень. Функциональные пробы печени в настоящее время без отклонений, ранее обнаруживали повышение билирубина в крови.

Ваш предположительный диагноз? Какие заболевания следует исключить? План обследования больной? Показано ли санаторно-курортное лечение в данном случае?

Задача 10

Пациент Р., 48 лет.

При проведении диспансерного осмотра выявлена гипергликемия натощак 10 ммоль/л, через 2 часа после еды 12,2 ммоль/л, глюкозурия 3 %, ацетонурии нет. Родная сестра и отец больны сахарным диабетом. ИМТ у больного 38 кг/м², ОТ 111 см.

Какой вариант нарушения углеводного обмена у больного? Тактика на амбулаторном этапе.

Задача 11.

Пациентка К., 19 лет.

После перенесенной ОРВИ отметила появление жажды, учащенного мочеиспускания, слабости, кожного зуда. Данные лабораторного исследования: глюкоза крови 19 ммоль/л, глюкозурия 4 %, ацетонурия. Какой тип сахарного диабета у больной? Тактика на амбулаторном этапе.

Задача 12.

Пациент Е 18 лет.

Страдает сахарным диабетом в течение 8 лет. Получает инсулин – Протофан 38 ЕД однократно утром. На диспансерном учете состоит по 3 группе наблюдения. Во время диспансерного осмотра выявлена глюкоза крови 19 ммоль/л, глюкозурия -3%. Масса тела 63 кг, рост 173 см. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии и наличием высокой гликемии, пациент направляется на МСЭ с диагнозом сахарный диабет 1 типа, среднетяжелое течение, декомпенсация.

Каков Ваш диагноз? Обосновано ли направление на МСЭ? Ваша тактика ведения?

Задача 13.

Пациент Ю. 18 лет, учащийся в СПТУ.

Жалуется на заложенность носа, боль в горле, повышение температуры тела. Заболевание началось остро 2 дня назад со слабости, небольшой головной боли, заложенности носа, боли в горле при глотании, фебрильной температуры. Объективно: кожа чистая. Пальпируются несколько увеличенные поднижнечелюстные лимфоузлы. В ротоглотке: слегка гиперемированы небные дужки, гиперемия, отечность и зернистость задней стенки глотки. По внутренним органам патологии не выявлено.

Каков Ваш диагноз и тактика ведения пациента? Оформите необходимые документы?

Задача 14.

Пациент М. 32 лет.

Предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 37,6-38,60С, сухой кашель, заложенность носа. Заболел остро, накануне вечером. Имел контакт с больным гриппом. Живет с женой в отдельной

квартире. Ранее ничем не болел. Объективно: состояние удовлетворительное. Лицо гиперемировано. Склеры инъецированы. Сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены. Миндалины, язычок, небные дужки набухшие, гиперемированы с небольшим цианотичным оттенком. В легких дыхание везикулярное. Пульс 88 уд/ мин, ритмичный. АД 110/ 70 мм.рт.ст. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет.

Ваш диагноз и тактика как участкового врача? Как организовать стационар на дому, если Вы не госпитализируете больного?

Задача 15.

Пациент Р., 32 лет

Вызвал на дом участкового терапевта. Жалобы на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры до 39,0С, одышку. Заболел остро, накануне, после охлаждения.

Объективно состояние тяжелое. ЧДД 40 в минуту. При перкуссии справа спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. Пульс 96 в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст.

Каков Ваш диагноз и тактика ведения пациента?

Задача 16.

Пациент Д 38 лет, безработный.

В течение 4 лет страдает кашлем с усилением в осенне-зимнее время с отделением слизисто-гноной мокротой, субфебрилитетом. Обратился к Вам с повышением температуры тела, отделением мокроты гнойного характера, экспираторной одышкой при ходьбе. Над легкими коробочный звук, жесткое дыхание с удлиненным выдохом, рассеянные базовые и дискантные сухие хрипы.

Каков Ваш диагноз и тактика ведения пациента? Определите вид нетрудоспособности; возможно ли выдать больничный лист этому пациенту?

Задача 17.

Иностранец, гражданин, не имеющий Приднестровского гражданства, временно проживающий на территории ПМР, работающий на строительстве объекта бытового назначения, получил производственную травму, в результате которой наступила временная нетрудоспособность.

Положен ли ему листок нетрудоспособности? Если да, то на какой период и какой порядок его выдачи?

Задача 18.

Гражданин находится в очередном оплачиваемом трудовом отпуске с 01.09.2011 по 22.09.2011 включительно. 15.09.2011 госпитализирован в хирургическое отделение больницы по поводу прободной язвы желудка. Находился на стационарном лечении до 30.09.2011.

Положен ли ему листок нетрудоспособности? Если да, то какой порядок его выдачи?

Задача 19.

Больной Н. поступил в клинику с приступом тонических судорог. Судорожное сокращение мышц отмечается преимущественно в сгибательных группах мышц, что придает своеобразное типичное для тетании, положение туловищу больного. Тонический спазм мускулатуры лица придает ему выражение сардонической улыбки. На шее больного видны следы операции тиреоидэктомии.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Задача 20.

Больной К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не

придавал им значения и к врачам не обращался. Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Тактика на догоспитальном этапе.

Образец билета к промежуточному контролю(экзамен)
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра терапии № 1

1. Правила выдачи ЛОМО при стационарном лечении.
2. Порядок динамического наблюдения больных при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
3. Артериальная гипертензия. Факторы риска. Профилактика. Лечение.
4. Ситуационная задача.

РАЗРАБОТАЛИ: Ковердяга Н.В. _____ Подпись

Филоненко О.А. _____ Подпись