



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Поликлиническая терапия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	очная

Разработчик (и): кафедра поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Филиппов Евгений Владимирович	Д.м.н., профессор,	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий Кафедры профессор
Колдынская Элеонора Ильинична	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.А. Бутов	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедры пропедевтики внутренних болезней
С.С. Якушин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27 __.06 __.2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

В качестве оценочных средств для текущего контроля успеваемости используются контрольные вопросы для письменного контроля и собеседования.

Примеры контрольных вопросов для собеседования и письменного контроля:

1. Грипп, клиническая картина, возможные осложнения
2. Бронхиальная астма: классификация по тяжести и по уровню контроля
3. Язвенная болезнь, клиническая картина в зависимости от расположения язвы, обследование

ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

1. Устные и письменный ответ, контроль физикального обследования, доклада

Критерии оценивания устного опроса

- Оценка "**отлично**" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "**хорошо**" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "**удовлетворительно**" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "**неудовлетворительно**" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

2. Проверка тестов

Примеры:

1. Из указанных медицинских работников имеет право на выдачу листка нетрудоспособно-сти:
 - 1) врач, не состоящий в штате ЛПУ (частнопрактикующий)
 - 2) частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии*
- 3) врач станции переливания крови
- 4) врач СМП
- 5) врач-эпидемиолог
2. Максимальный срок, на который врач имеет право выдать л/н при первом обращении:
 - 1) 5 дней
 - 2) неделя
 - 3) 10 дней*
 - 4) 15 дней
3. При аспириновой астме следует избегать пищевых добавок
 - 1) красного цвета

- 2) желтого цвета*
- 3) синего цвета
- 4) зеленого цвета
5. Вирусы простого герпеса могут передаваться всеми перечисленными путями, за исключением
 - 1) воздушно-капельного
 - 2) трансмиссивного*
 - 3) полового
 - 4) вертикального
 - 5) контактного

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

3. Ситуационные задачи (2-3 примера с эталонами ответов):

Задача 1

Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Поставьте предварительный диагноз. Назначить обследование, лечение.

Ответ:

Правосторонняя плевропневмония нижней доли, тяжелое течение. Острая дыхательная недостаточность 2 степени. Инфекционно-токсический шок I степени?

Назначения: ОАК, ОАМ, исследование антигена пневмококка в моче, рентгенография грудной клетки в прямой и правой боковой проекциях. Показана госпитализация в терапевтическое отделение.

Лечение: Цефотаксим 2,0х2 раза в/м, Кларитромицин 500мг х 2 раза; Термопсол 1-2 таб. х 3 раза; в/в 5%- р-р глюкозы 400,0 + Гепарин 10000 Ед.

Задача 2.

У здоровой женщины 26 лет, бухгалтера, через 2 дня после того, как две ее сотрудницы заболели ОРВИ, появились к вечеру резь в глазах, водянистое отделяемое из носа, мышечная слабость, боли в пояснице и конечностях, головная боль, познабливание. Температура тела поднялась до $37,8^{\circ}\text{C}$. Утром следующего дня отметила охриплость голоса, ощущение “щекотания” за грудиной и кашель - грубый, приступообразный, сопровождающийся саднением за грудиной.

Врач, пришедший вечером того же дня, отметил гиперемии конъюнктив, инъекцию сосудов склер, яркую гипермию зева, а в легких - жесткое дыхание и рассеянные жужжащие хрипы. Число дыханий 20 в 1 мин., ЧСС = 92 уд.в мин. При аускультации сердца ритм правильный, небольшая приглушенность тонов. Температура тела при осмотре $37,6^{\circ}\text{C}$. Кашель к этому времени стал более частым, но менее грубым, с трескучими и свистящими компонентами в кашлевом звуке.

Назначив лечение, врач при активном посещении больной на следующий день (3 день болезни) отметил свободное носовое дыхание при отделении небольшого количества слизи, уменьшение гиперемии конъюнктив и зева, урежение кашля. Одновременно появилось скудное отделение мокроты в виде комочков слизи, увеличилось количество сухих жужжащих хрипов. Температура тела снизилась до $37,1^{\circ}\text{C}$. Перкуссия и пальпация грудной клетки патологии не выявили, число дыханий 18 в 1 мин.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз болезни, укажите предположительную этиологию, назначьте и обоснуйте лечение. Укажите предполагаемую длительность временной нетрудоспособности.
2. Оформите листок нетрудоспособности
3. Дайте рекомендации, направленные на профилактику осложнений болезни и заболевания лиц, окружающих больную.

Ответ:

Острое респираторное заболевание, возможно аденовирусная инфекция (с учетом контакта с больным, сочетания ринита, конъюнктивита, фарингита, трахеита).

Лечение:

Ингавирин 90 мг х 2 раза,

Оксиметазолин 2к в обе ноздри 3 раза в день

Ренгалин по 1 таблетке рассасывать

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «**отлично**» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «**хорошо**» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «**удовлетворительно**» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов (2-4 примера):

Воспалительные заболевания параартикулярных тканей.

Классификация и современные стандарты лечения ХОБЛ

Критерии оценки реферата:

- Оценка «**отлично**» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям

оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка **«хорошо»** выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка **«удовлетворительно»** выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 10 семестре – зачёт, в 11 – экзамен.

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачёт – результат промежуточной аттестации за 10 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины *«Поликлиническая терапия»*, оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные точки контроля в семестре (учитываются только положительные результаты).

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭКЗАМЕНА

Экзамен проводится по билетам в форме письменного и устного собеседования. Студенту предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 21 минута. Экзаменационный билет содержит четыре вопроса (3 теоретические и 1 практический – ситуационная задача).

КРИТЕРИИ ОЦЕНОК:

Оценка **«отлично»** ставится, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний. Ситуационная задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически

Оценку **«хорошо»** заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний. Ситуационная задача решена, но ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталону, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценку **«удовлетворительно»** заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной

литературой, рекомендованной рабочей программой. Ситуационная задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения
Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации**

В результате изучения дисциплины происходит комплексное освоение компетенций:

ОПК-6: Готовность к ведению медицинской документации

ПК-2: Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

ПК-6: Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

ПК-7: Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека

ПК-9: Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования или письменной работы:

1. Понятие амбулаторно-поликлинической помощи и первичной медико-социальной помощи: доврачебная помощь, первичная врачебная помощь, неотложная и экстренная помощь, понятие специализированной, высокотехнологичной, паллиативной помощи.
2. Организационные формы врачебной первичной медицинской помощи, врач общей практики - характеристика. Офис врача общей практики: кадры, оснащение, функции.
3. Задачи и обязанности врача общей практики.
4. Задачи и обязанности участкового терапевта.
5. Документация на врачебном участке: основные виды, правила ведения.
6. Структура городской поликлиники. Задачи и функции структурных подразделений поликлиники.
7. Дневной стационар поликлиники. Показания для направления. Принципы работы.
8. Стационар на дому. Организация, принципы оказания помощи.
9. Обязанности врача общей практики на приеме.
10. Обязанности врача общей практики на дому.
11. Показания для госпитализации больных терапевтического профиля: организация плановой и экстренной госпитализации.
12. Тактика врача общей практики при выявлении инфекционного заболевания, оформление документации, организация госпитализации.
13. Показания для госпитализации инфекционных больных (клиника, эпидемиология). Диспансеризация пациентов, перенесших инфекционное заболевание.
14. Отделение профилактики поликлиники. Структура, оснащение, задачи и принципы работы.
15. Центр здоровья. Структура, кадры, оснащение, задачи и принципы деятельности.
16. Профилактическая деятельность на врачебном участке.

17. Профилактика туберкулеза на участке. Флюороотека. Организация флюорографического обследования прикрепленного населения. Порядок направления в противотуберкулезный диспансер.
18. Профилактика и раннее выявление онкологических заболеваний на участке и в поликлинике, ведение больных на участке, листок онкоосмотра в амбулаторной карте.
19. Вакцинопрофилактика на врачебном участке. Принципы организации. Понятие экстренной и плановой вакцинопрофилактики. Общие противопоказания. Прививочный сертификат.
20. Диспансеризация населения. Определение. Виды и группы диспансерного наблюдения.
21. Диспансеризация здорового населения. Цели, организация, этапы, объем обследования, результаты.
22. Диспансеризация лиц, перенесших острые заболевания. Заболевания, подлежащие обязательному наблюдению, цели, сроки, объем обследования, критерии эффективности.
23. Диспансеризация лиц, страдающих хроническими заболеваниями: заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению, сроки наблюдения, цели, критерии эффективности, экспертные показатели.
24. «Паспорт здоровья»: понятие, какие данные заносятся в документ, когда оформляется.
25. Профилактика, понятие. Виды профилактики.
26. Профилактические медицинские осмотры: виды, цели, объем обследования, документация.
27. Реабилитация: понятие, этапы, виды, задачи реабилитации.
28. Основные принципы реабилитации.
29. Медицинская экспертиза: определение, виды экспертизы.
30. Экспертиза трудоспособности: определение, медицинские и социальные критерии. Нетрудоспособность: виды, причины нетрудоспособности.
31. Уровни экспертизы нетрудоспособности в ЛПУ и РФ. Функции лечащего врача и заведующего отделением при проведении экспертизы нетрудоспособности.
32. Понятие ориентировочных сроков временной нетрудоспособности.
33. Порядок создания, состав и функции врачебной комиссии
34. Правила оформления медицинской документации при направлении больного на ВК.
35. Виды режима при оформлении листка нетрудоспособности, виды нарушения режима. Оформление ЛН при нарушениях режима.
36. Кто имеет право на получение ЛН, перечислить.
37. Кто имеет право на выдачу ЛН, перечислить.
38. В каких случаях травма является производственной. Какой документ должен быть оформлен в организации, в которой работает больной?
39. Оформление амбулаторной карты больного при выдаче и оформлении ЛН.
40. Порядок оформления ЛН при санаторном лечении.
41. Порядок оформления ЛН при амбулаторном и стационарном лечении.
42. Порядок оформления ЛН по уходу за больным членом семьи.
43. Порядок оформления ЛН по беременности и родам.
44. Порядок выдачи и оформления ЛН при направлении на МСЭ.
45. Порядок выдачи и оформления ЛН при карантине, протезировании, манипуляциях.
46. Понятие о клиническом и трудовом прогнозе, реабилитационном прогнозе и потенциале.
47. Понятия: инвалидность, инвалид, ограничение жизнедеятельности, социальная помощь, социальная поддержка.
48. Понятие стойкой утраты трудоспособности. Нормативные документы, регламентирующие экспертизу стойкой нетрудоспособности.

49. Классификация основных категорий жизнедеятельности и степени выраженности их ограничений.
50. Классификация основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности.
51. Показания для направления граждан. На МСЭ. Критерии установления группы инвалидности.
52. Условия признания лица инвалидом. Определение причины инвалидности.
53. Индивидуальная программа реабилитации инвалида, её разработка, этапы и виды реабилитации.
54. Направление на МСЭК, оформление.
55. Уровни бюро МСЭ в РФ. Функции бюро МСЭ.
56. Виды бюро МСЭ. Состав бюро МСЭ. Порядок освидетельствования граждан.
57. Сроки и порядок переосвидетельствования инвалидов. Условия установления инвалидности без срока переосвидетельствования.
58. Понятия: страховой случай, несчастный случай на производстве, профессиональное заболевание, степень утраты профессиональной трудоспособности.
59. Рациональное трудоустройство: принципы, варианты трудоустройства, этапы трудоустройства инвалидов.
60. Грипп, клиника, диагностика, лечение.
61. Классификация гриппа, критерии тяжёлого течения, осложнения, показания к госпитализации.
62. Профилактика гриппа: неспецифическая и специфическая, плановая и экстренная.
63. Риновирус, клиника, осложнения, лечение.
64. Парагрипп, проявления, профилактика, противовирусные препараты.
65. Аденовирусная инфекция, варианты течения, лечение.
66. Энтеровирусная инфекция, варианты течения, лечение.
67. Респираторно-синтициальная вирусная инфекция, проявления, лечение.
68. Коронавирусная инфекция проявления, лечение. ТОРС-синдром.
69. Герпетовирусная инфекция, этиология, клиника, варианты поражения, лечение, противовирусные препараты.
70. Острый тонзиллофарингит, хронический тонзиллит. Определение, этиология, клиника в зависимости от возбудителя.
71. Клиника острого БГСА-тонзиллита, диагностика, шкала Мак-Айзека. Лечение.
72. Критерии диагноза стрептококкового тонзиллита, осложнения, показания к терапии носительства БГСА. Диспансеризация после острого тонзиллита.
73. Острый бронхит, этиология, классификация.
74. Клиника острого бронхита при поражении бронхов разного калибра.
75. Острый бронхит, обследование, принципы лечения.
76. Острый бронхит, показания для антибактериальной терапии.
77. Острый бронхит, показания для назначения противокашлевых препаратов, муколитиков, экспекторантов, бронхолитиков.
78. Острая пневмония, эпидемиологическая классификация, этиология в зависимости вида ОП и от тяжести.
79. Внебольничная пневмония, критерии тяжёлого течения, осложнения.
80. Внебольничная пневмония, показания к госпитализации, осложнения.
81. Лабораторное и инструментальное обследование при внебольничной пневмонии.
82. Внебольничная пневмония: антибактериальная терапия.
83. Внебольничная пневмония: патогенетическая и симптоматическая пневмония.
84. Реабилитация и диспансеризация больных, перенесших внебольничную пневмонию.
85. Профилактика пневмоний.
86. Бронхиальная астма, определение, классификация.
87. Бронхиальная астма: лабораторное и инструментальное обследование.

88. Базисная терапия бронхиальной астмы.
89. Препараты для экстренной помощи при бронхиальной астме.
90. Причины и классификация обострений бронхиальной астмы.
91. Экстренная терапия при обострении бронхиальной астмы.
92. Экспертиза нетрудоспособности при бронхиальной астме, диспансеризация и реабилитация.
93. ХОБЛ, определение, факторы риска, обследование.
94. Фенотипы ХОБЛ. Системные эффекты ХОБЛ.
95. ХОБЛ, причины, признаки инфекционного обострения, типы обострений.
96. Терапия обострений ХОБЛ, показания для госпитализации.
97. ХОБЛ классификации, методы обследования.
98. ХОБЛ: базисная терапия, основные препараты, показания.
99. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы и ХОБЛ.
100. Бронхообструкция при различных заболеваниях лёгких.
101. ГБ, определение артериальной гипертензии, гипертонической болезни, вторичных артериальных гипертензий, факторы риска гипертонической болезни.
102. Гипертоническая болезнь, поражение органов-мишеней (критерии), ассоциированные клинические состояния.
103. Классификация гипертонической болезни.
104. Понятие стратификации риска при гипертонической болезни, тактика ведения в зависимости от стратификации риска.
105. Метаболический синдром, показатели.
106. Нефрогенные артериальные гипертензии, причины, клиника, диагностика.
107. Эндокринные артериальные гипертензии, причины, клиника, диагностика.
108. Гемодинамические артериальные гипертензии, причины, клиника, диагностика.
109. Артериальная гипертензия при беременности, причины развития, осложнения, подходы к ведению.
110. Гипертонические кризы, классификация, осложнения, неотложная помощь.
111. Схема обследования больных артериальной гипертензией в поликлинике: обязательные и дополнительные методы обследования.
112. Немедикаментозное лечение при гипертонической болезни.
113. Ингибиторы АПФ, классификация, назначение в зависимости, от поражений органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.
114. Блокаторы рецепторов I типа к ангиотензину II, органопротективное действие, показания к назначению при артериальной гипертензии.
115. Классификация β -адреноблокаторов, эффекты β -блокаторов, показания к назначению при артериальной гипертензии.
116. Диуретики при гипертонической болезни: группы, показания к применению.
117. Вспомогательные группы гипотензивных препаратов: α_1 -адрено-блокаторы, агонисты имидазолиновых рецепторов, прямые ингибиторы ренина – эффекты, показания к применению.
118. Экспертиза нетрудоспособности при артериальной гипертензии.
119. Диспансеризация и реабилитация при гипертонической болезни.
120. ИБС: факторы риска, патогенез атеросклероза, классификация.
121. Стенокардия: клиника, классификация.
122. Лабораторное и инструментальное обследование при стенокардии.
123. Дифференциальный диагноз при болях в левой половине грудной клетки: принципы обследования.
124. Неишемические причины болей в области сердца.
125. Некардиальные причины болей в левой половине грудной клетки.
126. Тактика при подозрении на ОКС на догоспитальном этапе.
127. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда, на поликлиническом этапе.

128. Медикаментозная терапия после инфаркта миокарда.
129. Экспертиза нетрудоспособности при ИБС.
130. Диспансеризация при различных формах ИБС.
131. Базисная терапия стабильной стенокардии: немедикаментозное лечение, основные группы препаратов.
132. Коронарорасширяющие препараты при стабильной стенокардии.
133. Антиагрегантная терапия при ИБС.
134. Гиполипидемическая терапия при ИБС.
135. ИАПФ и блокаторы рецепторов к ангиотензину-2 при ИБС.
136. Миокардиты, определение, этиология, клиника.
137. Обследование и тактика терапевта при подозрении на миокардит.
138. Терапия миокардита.
139. Этиология ХСН.
140. Классификация ХСН по стадиям.
141. Классификация ХСН по функциональным классам, тест 6-минутной ходьбы.
142. Обследование при ХСН.
143. Лечение ХСН: основные группы препаратов, показания.
144. Понятие систолической сердечной недостаточности, и ХСН с сохраненной систолической функцией, клинико-демографическая классификация.
145. Левожелудочковая ХСН: этиология, клиника.
146. Правожелудочковая ХСН: этиология, клиника.
147. ХСН: роль нейrogормонов в патогенезе, направления нейrogормональноактивной терапии.
148. ХСН: принципы диуретической терапии.
149. ХСН: вспомогательные препараты, показания.
150. ХСН: Алгоритм лекарственной терапии, показания и принципы терапии сердечными гликозидами.
151. Хронический хеликобактерассоциированный гастрит: этиология, факторы риска, клиника.
152. Лабораторная и инструментальная диагностика хеликобактерассоциированного гастрита.
153. Немедикаментозная и медикаментозная терапия хеликобактерассоциированного гастрита. Схемы и длительность эрадикационной терапии. Методы повышения эффективности эрадикации.
154. Аутоиммунный гастрит. Этиология, основные звенья патогенеза, клиника, диагностика, лечение.
155. Функциональная неязвенная диспепсия. Определение, этиология и патогенез.
156. Язвенноподобный вариант функциональной диспепсии: клиника, обследование, принципы терапии.
157. Дискинетический вариант функциональной диспепсии: клиника, обследование, принципы терапии.
158. Дифференциальный диагноз функциональной и органической диспепсии. Нозологическая структура, принципы обследования.
159. Язвенная болезнь: определение, факторы риска, классификация.
160. Язвенная болезнь: клиника в зависимости от локализации язвенного дефекта. Принципы обследования.
161. Немедикаментозная и медикаментозная терапия язвенной болезни. Показания к госпитализации.
162. Диспансеризация пациентов с язвенной болезнью. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при язвенной болезни.
163. ГЭРБ: определение, факторы риска, клинические проявления.
164. ГЭРБ: классификация, обследование.

165. ГЭРБ: принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения. Экспертиза нетрудоспособности.
166. СРК: определение, факторы риска, клинические критерии.
167. СРК с запорами: клинические критерии, обследование, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
168. СРК с диареей: клинические критерии, обследование, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
169. Дифференциальная диагностика СРК, симптомы «тревоги».
170. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой и толстой кишке. Этиология, клиника, принципы диагностики и лечения.
171. Хронический панкреатит: определение, этиология.
172. Хронический панкреатит: классификация, осложнения.
173. Хронический панкреатит: основные клинические симптомы.
174. Хронический панкреатит: лабораторное и инструментальное обследование.
175. Хронический панкреатит: показания к госпитализации, принципы терапии при обострении.
176. Хронический панкреатит: терапия экзокринной и эндокринной недостаточности.
177. Функциональные заболевания билиарного тракта. Определение, факторы риска, классификация, клинические признаки.
178. Функциональное расстройство желчного пузыря: клинические признаки, лабораторная и инструментальная диагностика, лечение.
179. Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа: признаки, лабораторная и инструментальная диагностика, лечение.
180. Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа: признаки, лабораторная и инструментальная диагностика, лечение.
181. Хронический холецистит. Постхолецистэктомический синдром. Определение, факторы риска, клиника, обследование, принципы лечения.
182. Хронический гепатит: определение, этиология, классификация. Принципы лечения.
183. Цирроз печени: определение, этиология, классификация. Принципы лечения.
184. Основные клинические синдромы при заболеваниях печени.
185. Основные биохимические синдромы при патологии печени.
186. Этапы диагностического поиска при патологии печени.
187. Синдром портальной гипертензии: этиология, клиника, принципы обследования и лечения.
188. Синдром печеночной энцефалопатии: этиология, основные звенья патогенеза, клиника, обследование и принципы лечения.
189. Гепатопротекторы: определение, классификация, показания к применению.
190. Дифференциальный диагноз при болевом синдроме в животе. Нозологическая структура. Этапы диагностики.
191. Острый гломерулонефрит: определение, этиология, основные звенья патогенеза, классификация.
192. Острый гломерулонефрит: клиника, лабораторное и инструментальное исследование, показания к госпитализации, лечение. Диспансеризация и экспертиза нетрудоспособности при остром гломерулонефрите.
193. Хронический гломерулонефрит: определение, этиология, основные клинические симптомы.
194. Хронический гломерулонефрит: классификация, лабораторное и инструментальное обследование, лечение. Показания к терапии СГКС и цитостатиками. Экспертиза нетрудоспособности и диспансеризация.
195. Хронический пиелонефрит: определение, этиология, классификация, осложнения.

196. Хронический пиелонефрит: клиника, лабораторное и инструментальное обследование, немедикаментозное и медикаментозное лечение. Экспертиза нетрудоспособности и диспансеризация.
197. ХБП: определение, нозологическая структура, классификация.
198. ХБП: основные клинические симптомы и синдромы. Лабораторное и инструментальное обследование. Принципы терапии.
199. Патология органов дыхания при беременности. Подходы к диагностике и лечению.
200. Патология сердечно-сосудистой системы при беременности. Подходы к диагностике и лечению.
201. Патология органов желудочно-кишечного тракта при беременности. Подходы к диагностике и лечению.
202. Анемия при беременности. Подходы к диагностике и лечению.
203. Особенности соматической патологии в пожилом и старческом возрасте.
204. Остеоартрит: определение, этиология, факторы риска, классификация.
205. Остеоартрит: клиника, диагностические критерии. Дифференциальный диагноз.
206. Остеоартрит: лабораторное и инструментальное обследование.
207. Остеоартрит: принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения. Экспертиза нетрудоспособности и диспансеризация.
208. Подагра: определение, этиология, факторы риска, основные звенья патогенеза, общая характеристика болезни.
209. Подагра: классификация, клиника острого подагрического приступа, основные симптомы подагры.
210. Подагра: лабораторное и инструментальное обследование. Общие принципы терапии. Лечение острого подагрического приступа. Антигиперурикемическая терапия. Экспертиза нетрудоспособности и диспансеризация.
211. Ревматоидный артрит: определение, факторы риска, основные звенья патогенеза.
212. Ревматоидный артрит: клиника (по различным вариантам течения РА). Клиническая классификация РА. Классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010г. Лабораторная и инструментальная диагностика. Рентгенологическая классификация РА по Штейнброкеру. Методы оценки активности РА.
213. Лечение РА, общие положения. Медикаментозное лечение: нестероидные противовоспалительные препараты, простые анальгетики, глюкокортикоиды, синтетические базисные противовоспалительные препараты и средства таргетной терапии: генно-инженерные биологические препараты. Показания и противопоказания к применению таргетной терапии. Оценка эффективности, контроль терапии, комбинированная терапия. Экспертиза нетрудоспособности. Диспансеризация больных с РА.
214. Дифференциальный диагноз суставного синдрома: нозологическая структура суставного синдрома по возрасту и полу. Клиническое обследование: характерные жалобы и симптомы, потенциально опасные мышечно-скелетные симптомы, характеристика суставных и внесуставных (околосуставных) заболеваний. Особенности воспалительного и невоспалительного поражения суставов. Характеристика наиболее распространённых локальных внесуставных заболеваний (тендиниты, плечевой капсулит, бурситы, эпикондилиты, фасцииты). Клиническое различие между внесуставными и суставными (воспалительными и невоспалительными) заболеваниями.
215. Основные формы артрита при ревматических заболеваниях. Клинические проявления и локализация поражения суставов при наиболее частых нозологиях (РА, ДЮА, подагра, анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит, реактивный артрит). Поражение костно-мышечной системы, связанное с лекарственной терапией. Сочетание артрита с другими проявлениями ревматических болезней. Инструментальное и лабораторное обследование. Интерпретация.

Специальные лабораторные и иммунологические исследования. Исследование синовиальной жидкости.

216. Общие принципы анальгетической терапии. Группы препаратов, подавляющих боль при ревматических заболеваниях: НПВП, ингибиторы ЦОГ-2, НПВП+мизопропростол, «простые» анальгетики, трамадол, кальцитонин лосося, антидепрессанты, миорелаксанты, СГКС, колхицин, терапия нейропатической боли. Общая характеристика НПВП. Профилактика НПВП-гастропатии.
217. Анемия. Определение. Распространённость. Классификация по МКБ-10: анемии, связанные с питанием; гемолитические анемии; апластические анемии. Клинико-патогенетическая классификация анемий. Прочие классификации: по способности к регенерации; по содержанию гемоглобина в эритроцитах; по тяжести манифестного дефицита железа; морфологическая классификация анемий.
218. Железодеф. анемии. Этиология, фактор риска. Клиника. Диагностика. Лечение. Показатели эффективности лечения препаратами железа.
219. В-12 деф. анемии. Классификация. Клиника. Диагностика. Терапия, её длительность, показатели эффективности терапии цианкобаламином. Диспансеризация больных с анемией.
220. Клиника анемий. Основные лабораторные симптомы анемий. План обследования больного с впервые выявленной анемией. Анемия при ХБП, подходы к терапии эритропоэтином и железом, контроль. Анемия хронических заболеваний. Основные звенья патогенеза. Морфо-функциональная характеристика. Подходы к терапии.
221. Гемолитические анемии. План обследования больного при подозрении на гемолитическую анемию. Дифференциальный диагноз по признаку желтухи. Фолиеводефицитная анемия. Факторы риска. Подходы к диагностике и лечению. Апластические анемии. Этиология. Классификация. Клиника. План обследования. Миелодиспластический синдром. Анемия у беременных: подходы к диагностике, латентный железодефицит, лечение.
222. Дифференциальный диагноз лимфаденопатий. Клиническая характеристика. Патофизиология. Основные причины увеличения лимфатических узлов: инфекции; опухолевое поражение; лимфаденопатия смешанного генеза. Характер увеличения: местное, генерализованное. Характеристика лимфаденопатии. План обследования больного.
223. Дифференциальный диагноз лихорадок неясного генеза. Определение лихорадки. Механизм развития. Понятие гипертермии. Основные признаки лихорадки и гипертермии.
224. Классификация лихорадок: по причине возникновения; по степени повышения температуры тела; по длительности; типы лихорадок (по изменению температуры тела во времени, с нозологической структурой).
225. Инфекционно-воспалительные причины ЛНГ: сепсис, инфекционный эндокардит, туберкулёз, лихорадка при инфекционных заболеваниях, нагноительные заболевания брюшной полости, нагноительные заболевания лёгких, остеомиелит.
226. Основные причины лихорадки у онкологических больных. Нозологическая структура: лимфопролиферативные заболевания, гипернефрома, гепатома и метастатический рак печени, рак головного мозга, рак толстого кишечника, бронхогенный рак, рак поджелудочной железы, желудка.
227. Аутоиммунные заболевания. Нозологическая структура: СКВ, РА, болезнь Стилла у взрослых, ревматическая полимиалгия, системные васкулиты (височный артериит, узелковый полиартериит, неспецифический аortoартериит, облитерирующий эндартериит), саркоидоз, воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, болезнь Уиппла).

228. Диф. диагноз лихорадок неясного генеза: венозные тромбозы, тиреоидит, тиреотоксикоз, феохромоцитома, заболевания печени. Лекарственные лихорадки. Периодические лихорадки.
229. Диагностический поиск у больных с лихорадкой неясного генеза. Алгоритмы и этапы диагностического поиска.
230. Онкологическая настороженность в работе врача участкового терапевта. Актуальность проблемы. Смертность и инвалидизация в результате онкопатологии. Наиболее частые локализации в зависимости от возраста и пола, основные клинические симптомы.
231. Паранеопластические синдромы. Этапы онкопоиска, трактовка результатов. Наблюдение больных с предраковыми заболеваниями.
232. Дифференциальный диагноз отёчного синдрома. Нозологическая структура. Патогенетическая классификация отёчного синдрома.
233. Дифференциальный диагноз отёчного синдрома. Этапы диагностического поиска.
234. Почечный вариант отёчного синдрома. Нозологическая структура. Особенности диагностики и терапии.
235. Сердечный вариант отёчного синдрома. Нозологическая структура, Особенности диагностики и терапии.
236. Печёночный вариант отёчного синдрома. Нозологическая структура. Особенности диагностики и терапии.
237. Нефротический синдром. Патогенетическая классификация. Нозологическая структура. Подходы к диагностике и лечению.
238. Асцит. Патогенетическая классификация. Нозологическая структура. Подходы к диагностике и лечению.
239. Тромбоэмболия лёгочной артерии. Этиология. Клинические симптомы. Лабораторная и инструментальная диагностика.
240. Ведение больных с тромбоэмболией лёгочной артерии после стационарного лечения. Диспансеризация.
241. Лёгочная гипертензия. Этиология. Классификация. Подходы к диагностике и лечению.
242. Дифференциальный диагноз соматических причин синкопальных состояний. Основные нозологические причины. Алгоритмы и этапы диагностического поиска.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Сформулировать показания к госпитализации при внебольничной пневмонии
2. Группы препаратов для лечения артериальной гипертензии. Показания и противопоказания для назначения диуретиков, β -блокаторов в случае коморбидной патологии.
3. Выбор гипотензивных препаратов при наличии «апноэ во сне», при сахарном диабете, при подагре, при аритмии, при хронической почечной болезни (ХБП)
4. Выбор лекарственных препаратов при аритмии.
5. Лечение астматического статуса
6. Терапия при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе.
7. Ведение пациентов, перенесших инфаркт миокарда.
8. Оформить Больничный лист при заболевании, травме, карантине, лечении в санатории, при долечивании, беременности, усыновлении, при направлении на МСЭ, в других ситуациях

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний,

умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Примеры Ситуационных задач для индивидуального собеседования или письменной работы:

Задача №1

Пациент Н., 69 лет, пенсионер, вызвал врача на дом.

Жалобы: на повышение температуры тела максимально до 38,6°C в течение последних суток, с ознобом, кашель, сначала сухой, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки, одышку, учащенное сердцебиение, слабость. Развитие заболевания связывает с переохлаждением.

В анамнезе: курит в течение 50 лет до 20-25 сигарет в день.

В анамнезе - артериальная гипертония, редкие приступы стенокардии напряжения.

При **осмотре** состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. ЧДД в покое 26 в минуту. Отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании.

При **пальпации:** усиление голосового дрожания и бронхофонии в нижнем поле справа до угла лопатки, в этой же области – укорочение перкуторного звука. **Аускультация:**

Дыхание жесткое, сухие рассеянные жужжащие хрипы по всем полям легких. Справа ниже угла лопатки определяется участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 100-110 в минуту, определяются экстрасистолы до 5-8 в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия. Печень, селезенка не увеличены.

- Сформулируйте предварительный диагноз: (основной, сопутствующий, осложнения).
- Определите план обследования, место лечения.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.
- Подлежит ли пациент в дальнейшем диспансеризации? Если «Да» - по каким нозологиям?

Задача №2

Пациент К., 45 лет, обратился с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, одышку при обычной физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что кашель беспокоит в течение последних семи лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики, с положительным эффектом.

В течение последних двух лет стал отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-лет по пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних трех дней, когда вновь усилился кашель с отхождением небольшого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,5°C.

При **осмотре** состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C.

При **перкуссии** лёгких - коробочный звук, при **аускультации** - жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы.

ЧДД - 22 в минуту. Пульс - 80 в минуту. АД -130/80 мм рт. ст.

В общем анализе крови: эритроциты - 4,5 млн, гемоглобин -145 г/л, ЦП - 0,95, лейкоциты - 10 тыс. (п/я - 5%, с/я - 57%), лимфоциты - 27%, моноциты - 8%, эозинофилы - 3%, СОЭ - 23 мм/ч.

В общем анализе мокроты: лейкоциты - 60-80 в поле зрения, макрофаги - много, спираль Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы не найдены, БК и атипичные клетки не обнаружены.

Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет. Легочные поля повышенной прозрачности, стенки бронхов уплотнены, корни расширены.

ФВД: ЖЕЛ - 57%, ОФВ₁ - 64%, МОС 25 - 53%, МОС 50 - 49%, МОС 75 - 58%;

после ингаляции сальбутамола 400 мкг: ЖЕЛ - 60%, ОФВ₁ - 68%, МОС 25 - 56%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 62%.

1. Сформулируйте диагноз на основании имеющихся данных, укажите диагностические критерии.
2. Определите необходимость проведения дополнительных исследований.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.
4. Подлежит ли пациент в дальнейшем диспансеризации?

Задача №3

Пациент Д., 58 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с

Жалобы: на дискомфорт в левой половине грудной клетки и чувство нехватки воздуха, возникающие при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки.

Анамнез. Такие явления беспокоят около трех месяцев назад. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался.

Курит по 20-30 сигарет в день в течение 40 лет.

Анамнез жизни. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК, мать жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС, брат два года назад в возрасте 53 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда.

Перенесенные заболевания: Язвенная болезнь 12-перстной кишки.

При **осмотре** состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет.

ИМТ - 27,3 кг/м². ЧДД - 20 в минуту, в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы на форсированном выдохе.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС - 88 в минуту. АД - 172/96 мм рт. ст.

Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, умеренно болезненный в эпигастриальной области, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В общем анализе крови: гемоглобин - 16,4 г/л, эритроциты - 5,3 млн, гематокрит - 43%, лейкоциты - 5,1 тыс. (п/я - 1 %, с/я - 64%), лимфоциты - 28%, эозинофилы - 2%, моноциты - 5%, СОЭ - 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: глюкоза - 6,0 ммоль/л, креатинин - 88 мкмоль/л, общий билирубин - 15,5 мкмоль/л, общий холестерин - 7,4 ммоль/л, триглицериды - 2,9 ммоль/л.

На **ЭКГ:** синусовый ритм, ЧСС - 86 в минуту, отклонение ЭОС влево.

Задание

- Сформулируйте диагноз
- Определите план обследования, в том числе необходимость проведения дополнительных исследований.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.
- Подлежит ли пациент в дальнейшем диспансеризации?

Задача №4

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области.

По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое.

Анамнез. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт ст. 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно.

Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
3. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

Задача №5

Мужчина 57 лет вызвал участкового терапевта на дом.

Предъявляет **жалобы** на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку.

Вышеописанная симптоматика появилась примерно 2 часа назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал.

Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет.

Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные.

В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин.

Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.

3. Объём медикаментозной помощи, который должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
4. Достаточно ли данных для постановки диагноза? При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Задача №6

Пациент А., 32 лет, работник ГАИ, предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота, постоянного характера, усиливающиеся через 30 минут после еды, сопровождающиеся тошнотой, жидкий стул.

Анамнез. Заболел 5 дней назад, после нарушения диеты (шашлыки, водка 150мл): появились сильные боли в животе, сопровождавшиеся трехкратной рвотой, не принесшей облегчение, и диареей (кашицеобразный "жирный" стул 5 раз в сутки). Самостоятельно принимал эрсефурил - без значительного эффекта. Последние несколько дней значительно ограничивает себя в приеме пищи из-за болей.

Подобные приступы наблюдались и ранее в течение последних 5 лет после употребления жирной пищи и приема больших доз алкоголя.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Язык обложен густым бело-желтым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в верхних отделах. Симптомы холецистита отрицательны. Печень несколько уплотнена, не увеличена. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, "жирный", плохо смывается.

Результат обследования:

УЗИ: Печень - структура однородная, умеренно уплотнена, "зернистая", контур ровный, рисунок сохранен. КВР - 155мм. Желчный пузырь: 79*38мм, стенка 2мм, не уплотнена, содержит густую желчь. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Холедох 4мм. V. portae - 11мм. Поджелудочная железа: головка 34мм, тело 18мм, хвост 21мм, контуры неровные, уплотнена. Селезенка 103*39 мм, структура однородная.

ФГС: Поверхностный гастрит. Лимфангиоэктазы в двенадцатиперстной кишке.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 28 Е/л, АСТ - 25 Е/л, амилаза 64 Е/л (норма - до 100 Е/л).. Диастаза мочи - 220 Е/л (норма - до 400 Е/л).

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования пациента.
3. Дайте лечебные и трудовые рекомендации.
4. Нуждается ли пациент в диспансерном наблюдении? Сроки, проводимые процедуры.

Задача №7

Больная Г., 27 лет, предъявляет жалобы на ноющую боль в пояснице, без иррадиации, учащенное болезненное мочеиспускание, помутнение мочи.

Вышеуказанные явления беспокоят около 2 недель.

Системный администратор. Не курит. Аллергические реакции пенициллин - крапивница. Наследственность – не отягощена. Во время беременности 3 года назад был острый пиелонефрит.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких – перкуторно звук лёгочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом покалывания слабо положительный с обеих сторон. Стул в норме, мочеиспускание учащенное болезненное, моча с хлопьями.

1. Сформулируйте диагноз
2. Наметьте план, обследования и лечения.
3. Укажите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности.
4. Разработайте план диспансерного наблюдения.

Задача №8

Ситуационная задача для индивидуального собеседования или письменной работы:

Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Выше описанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?