**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО**

**КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ** **ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО**

**ПРОФИЛЯ**

(наименование практики)

по направлению подготовки (специальности)

31.05.02 Педиатрия

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 «Педиатрия» одобренной учены ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 9 от «30» апреля 2021 г. и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России 30 апреля 2021 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ОПК-10.** Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности.

**Инд.ОПК10.1**. Способность к использованию современных информационных и коммуникационных средств и технологии в профессиональной деятельности.

**ПК-1**. Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме.

**Инд.ПК1.1**. Готовность выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.)

**Инд.ПК1.2.** Готовность оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента.

**ПК-2.**Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в экстренной форме и мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации.

**Инд.ПК2.1.** Готовность выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

**Инд.ПК2.2.** Готовность к оказанию скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

**Инд.ПК2.3.** Готовность к выполнению мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией).

**ПК-4** Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

**Инд.ПК4.1**. Готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов и синдромов заболеваний.

**Инд.ПК4.2**. Готовность к проведению дифференциальной диагностики заболеваний.

**Инд.ПК4.3**. Готовность к установлению диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)).

**ПК-5**.Способность и готовность к определению у пациента показаний для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками, стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказания медицинской помощи.

**Инд.ПК5.2.** Готовность к направлению пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками, стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказания медицинской помощи.

**ПК-6** Готовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения.

**Инд.ПК6.1.** Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния, к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета проводится по зачетным билетам*(в устной форме)*

Вопросы для

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга по практике осуществляется следующим образом:*

*Рд=Рт+Рб+Рз,*

***Рб -****бонусный фактический рейтинг ;*

***Рд -****дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -****зачетный рейтинг;*

***Рт -****текущий фактический рейтинг)*

 *Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

**Критерии оценивания на зачете по практике**

**11-15 баллов.** При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики.  Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

**6-10 баллов.** При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

**3-5 баллов.** Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

**0-2 балла.** Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

**Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Алгоритм опроса больного с артериальной гипертонией.

2.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при артериальной гипертонии.

3.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с гипертонической болезнью

4.Алгоритм опроса больного с ишемической болезнью сердца.

5.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при ишемической болезни сердца.

6.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с ишемической болезнью сердца.

7.Алгоритм опроса больного с инфарктом миокарда.

8.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при инфаркте миокарда.

9.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с инфарктом миокарда.

10.Алгоритм опроса больного с хронической сердечной недостаточностью.

12.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при хронической сердечной недостаточности.

13.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

14.Алгоритм опроса больного с ревматойдным артритом.

15.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при ревматойдном артрите.

16.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с ревматойдным артритом

17.Алгоритм опроса больного с острой ревматической лихорадкой.

18.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при острой ревматической лихорадке.

19.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с острой ревматической лихорадкой

20.Алгоритм опроса больного с приобретенными пороками сердца.

21.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при приобретенных пороках сердца.

22.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с приобретенными пороками сердца.

23.Алгоритм опроса больного с системной красной волчанкой.

24.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при системной красной волчанке.

25.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с системной красной волчанкой

26.Алгоритм опроса больного с пневмонией.

27.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при пневмонии.

28.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с пневмонией.

29.Алгоритм опроса больного с хронической обструктивной болезнью легких.

30.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при хронической обструктивной болезни легких.

31.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

32.Алгоритм опроса больного с бронхиальной астмой.

33.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при бронхиальной астме.

34.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с бронхиальной астмой.

35.Алгоритм опроса больного с лейкозами.

36.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при лейкозах.

37.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с лейкозами.

38.Алгоритм опроса больного с анемиями.

39.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при анемиях.

40.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с анемиями.

41.Алгоритм опроса больного с геморрагическими диатезами.

42.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при геморрагических диатезах.

43.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с геморрагическими диатезами

44.Алгоритм опроса больного с гломерулонефритами.

45.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при гломерулонефритах.

46.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с гломерулонефритами.

47.Алгоритм опроса больного с хроническими пиелонефритами.

48.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при хронических пиелонефритах.

49.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с хроническими пиелонефритами

50.Алгоритм опроса больного с язвенной болезнью.

51.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при язвенной болезни.

52.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с язвенной болезнью.

53.Алгоритм опроса больного с хроническими панкреатитами.

54.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при хронических панкреатитах.

55.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с хроническими панкреатитами.

56.Алгоритм опроса больного с заболеваниями печени (хронический гепатит и цирроз печени).

57.Алгоритмы проведения клинического, физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при заболеваниях печени (хронический гепатит и цирроз печени).

58.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с заболеваниями печени (хронический гепатит и цирроз печени)

59. Алгоритм дифференциальной диагностики при бронхообструктивном синдроме

60. Алгоритм дифференциальной диагностики при наличии воздуха в плевральной полости

61. Алгоритм дифференциальной диагностики при плевритах

62. Алгоритм дифференциальной диагностики при дыхательной недостаточности

63. Алгоритм дифференциальной диагностики при кардиалгиях

64. Алгоритм дифференциальной диагностики при асците

65. Алгоритм дифференциальной диагностики при артралгиях

66. Алгоритм дифференциальной диагностики при анемиях

67. Алгоритм дифференциальной диагностики при лихорадке

68. Алгоритм дифференциальной диагностики при геморрагическом синдроме

69.Алгоритм дифференциальной диагностики при гипертонической болезни

70. Алгоритм дифференциальной диагностики при ишемической болезни сердца

71. Алгоритм дифференциальной диагностики при инфаркте миокарда

72.Алгоритм дифференциальной диагностики при хронической сердечной недостаточности

73. Алгоритм дифференциальной диагностики при ревматойдном артрите

74. Алгоритм дифференциальной диагностики при остром ревматическом заболевании

75. Алгоритм дифференциальной диагностики при системной красной волчанки

76.Алгоритм дифференциальной диагностики при пневмонии

77. Алгоритм дифференциальной диагностики при хронической обструктивной болезни легких

78. Алгоритм дифференциальной диагностики при бронхиальной астме

79. Алгоритм дифференциальной диагностики при лейкозах

80. Алгоритм дифференциальной диагностики при анемиях

81. Алгоритм дифференциальной диагностики при геморрагических диатезах

82. Алгоритм дифференциальной диагностики при гломерулонефритах

83. Алгоритм дифференциальной диагностики при хронических пиелонефритах

84. Алгоритм дифференциальной диагностики при язвенной болезни

85. Алгоритм дифференциальной диагностики при хроническом панкреатите

86. Алгоритм дифференциальной диагностики при хронических гепатитах и циррозе

87.Алгоритм постановки диагноза при артериальной гипертонии.

88. Алгоритм постановки диагноза при ишемической болезни сердца.

89. Алгоритм постановки диагноза при инфаркте миокарда.

90. Алгоритм постановки диагноза при хронической сердечной недостаточности.

91. Алгоритм постановки диагноза при ревматойдном артрите.

92. Алгоритм постановки диагноза при острой ревматической лихорадке.

93. Алгоритм постановки диагноза при приобретенных пороках сердца.

94. Алгоритм постановки диагноза при системной красной волчанке.

95. Алгоритм постановки диагноза при пневмониях.

96. Алгоритм постановки диагноза при хронической сердечной недостаточности.

97. Алгоритм постановки диагноза при бронхиальной астме.

98. Алгоритм постановки диагноза при лейкозах.

99. Алгоритм постановки диагноза при анемиях.

100. Алгоритм постановки диагноза при геморрагических диатезах.

101. Алгоритм постановки диагноза при гломерулонефритах.

102. Алгоритм постановки диагноза при хронических пиелонефритах.

103. Алгоритм постановки диагноза при язвенной болезни.

104. Алгоритм постановки диагноза при хронических панкреатитах.

105. Алгоритм постановки диагноза при хронических гепатитах и циррозах печени.

106. Алгоритм опроса больного с заболеваниями сердечно-сосудистой деятельности

107. Алгоритм опроса больного с заболеваниями дыхательной системы

108. Алгоритм опроса больного с заболеваниями пищеварительной системы

109.Алгоритм опроса больного с заболеваниями мочевыделительной системы

110. Алгоритм опроса больного с заболеваниями ревматологического профиля

111. Алгоритм опроса больного с эндокринологическими заболеваниями

112.Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при артериальной гипертонии.

113.Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при ишемической болезни сердца.

114. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при инфаркте миокарда.

115. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при хронической сердечной недостаточности.

116. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при ревматойдном артрите.

117. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при острой ревматической лихорадке.

118. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при при приобретенных пороках сердца.

119. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при системной красной волчанке.

120. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при пневмониях.

121. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при хронической сердечной недостаточности.

122.Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при бронхиальной астме.

123. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при лейкозах.

124. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при анемиях.

125. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при геморрагических диатезах.

126. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при гломерулонефритах.

127. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при хронических пиелонефритах.

128. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при язвенной болезни.

129. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при хронических панкреатитах.

130. Алгоритм выявления показаний к госпитализации пациента для оказания специализированной помощи при хронических гепатитах и циррозах печени.

131.Показания к КАГ

132.Показания к КТ легких

133.Показания к КТ брюшной полости

134.Показания к госпитализации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

135.Показания к госпитализации пациентов с заболеваниями легких

136.Показания к госпитализации пациентов с заболеваниями почек

137.Показания к госпитализации пациентов с заболеваниями ЖКТ

138.Показания к госпитализации пациентов с эндокринологическими заболеваниями

139.Показания к госпитализации пациентов с гематологическими заболеваниями

140.Показания к ГИБТ препаратам у пациентов с заболеваниями легких

141.Показания к ГИБТ препаратам у пациентов с гематологическими заболеваниями

142.Показания к ГИБТ препаратам у пациентов с заболеваниями ЖКТ

143.Показания к ГИБТ препаратам у пациентов с ревматологическими заболеваниями

144.Алгоритм ведения пациентов с гипертонической болезнью.

145.Алгоритм ведения пациентов с ишемической болезнью сердца.

146. Алгоритм ведения пациентов с инфарктом миокарда.

147.Алгоритм ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

148.Алгоритм ведения пациентов с ревматойдным артритом.

149.Алгоритм ведения пациентов с острой ревматической лихорадкой.

150.Алгоритм ведения пациентов при приобретенных пороках сердца.

151.Алгоритм ведения пациентов при системной красной волчанке.

152.Алгоритм ведения пациентов при пневмониях.

153.Алгоритм ведения пациентов при хронической сердечной недостаточности.

154.Алгоритм ведения пациентов при бронхиальной астме.

155. Алгоритм ведения пациентов при лейкозах.

156. Алгоритм ведения пациентов при анемиях.

157. Алгоритм ведения пациентов при геморрагических диатезах.

158. Алгоритм ведения пациентов при гломерулонефритах.

159. Алгоритм ведения пациентов при хронических пиелонефритах.

160. Алгоритм ведения пациентов при язвенной болезни.

161. Алгоритм ведения пациентов при хронических панкреатитах.

162. Алгоритм ведения пациентов при хронических гепатитах и циррозах печени.

163.Принципы патогенетической терапии пациентов с артериальной гипертонией

164.Принципы патогенетической терапии пациентов с ишемической болезнью сердца

165.Принципы патогенетической терапии пациентов с инфарктом миокарда

166. Принципы патогенетической терапии пациентов с хронической сердечной недостаточностью

167.Принципы патогенетической терапии пациентов с ревматойдным артритом

168.Принципы патогенетической терапии пациентов с острой ревматической лихорадкой

169.Принципы патогенетической терапии пациентов при приобретенных пороках сердца

170.Принципы патогенетической терапии пациентов с системной красной волчанкой

171. Принципы патогенетической терапии пациентов с пневмониями

172.Принципы патогенетической терапии пациентов с бронхиальной астмой

173.Принципы патогенетической терапии пациентов с лейкозами

174.Принципы патогенетической терапии пациентов с анемиями

175.Принципы патогенетической терапии пациентов с геморрагическим диатезами

176.Принципы патогенетической терапии пациентов с гломерулонефритами

177. Принципы патогенетической терапии пациентов с хроническими пиелонефритами

178.Принципы патогенетической терапии пациентов с язвенной болезнью

179.Принципы патогенетической терапии пациентов с хроническим панкреатитом

180.Принципы патогенетической терапии пациентов с хроническими гепатитами и циррозом

181.Алгоритм расшифровки ЭКГ с выявлением ишемических нарушений, нарушений ритма, не несущих прямой угрозы жизни больного

182.Алгоритм расшифровки КОС с выявлением параметров, требующих неотложной помощи (ацидоза, алкалоза, гиперкалиемии и т.д.)

183.Алгоритм расщифровки биохимических анализов с выявлением параметров, требующих неотложной помощи

184.Алгоритм расшифровки ренгенограммы с выявлением параметров, требующих неотложной помощи

185. Алгоритм расшифровки УЗИ данных с выявлением признаков, требующих неотложной помощи

186. Алгоритм расшифровки КТ легких с выявлением параметров, требующих неотложной помощи

187. Алгоритм расшифровки ОАК с выявлением параметров, требующих неотложной помощи

188Алгоритм оказания неотложной помощи при обострении хронической ишемической болезни сердца

189.Алгоритм оказания неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы

190.Алгоритм оказания неотложной помощи при обострениях ХОБЛ

191. Алгоритм оказания неотложной помощи при нестабильной стенокардии

192.Алгоритм оказания неотложной помощи при декомпенсации хронической сердечной недостаточности

193. Алгоритм оказания неотложной помощи при неосложненном гипертоническом кризе

194.Алгоритм оказания неотложной помощи при обострении язвенной болезни

195.Алгоритм оказания неотложной помощи при эндокринологических заболеваниях

196. Алгоритм оказания неотложной помощи при обострениях НЯК

197.Алгоритм оказания неотложной помощи при декомпенсации цирроза

198.Алгоритм оказания неотложной помощи при остром лейкозе

199.Алгоритм оказания неотложной помощи при декомпенсации анемического синдрома

200.Алгоритм оказания неотложной помощи при хронической лейкозе

201.Алгоритм оказания неотложной помощи при геморрагических диатезах

202.Алгоритм оказания неотложной помощи при заболеваниях почек.

203. Алгоритм оказания неотложной помощи при суставном синдроме

204. Алгоритм реанимационных мероприятий при клинической смерти

205.Алгоритм расшифровки ЭКГ, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

206.Алгоритм расшифровки КОС с выявлением параметров, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

207.Алгоритм расщифровки биохимических анализов с выявлением параметров, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме

208.Алгоритм расшифровки ренгенограммы с выявлением параметров, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

209. Алгоритм расшифровки УЗИ данных с выявлением признаков, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

210. Алгоритм расшифровки КТ легких с выявлением параметров, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

211. Алгоритм расшифровки ОАК с выявлением параметров, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

212.Алгоритм расшифровки параметров газообмена легких и крови, включая сатурацию с выявлением параметров, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

213. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при комах и острых отравлениях

214.Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при острой левожелудочковой недостаточности

215.Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при остром коронарном синдроме

216. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения

217. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при астматическом статусе

218. Алгоритм оказания экстренной медицинской при отеке Квинке

219 Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности

220.Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при ТЭЛА

221.Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при нефротическом кризе

222.Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при кровотечениях

223.Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при ДВС синдроме

224. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при осложненном гипертоническом кризе

Ситуационные задачи.

**Ситуационная задача №1**

В поликлинику обратился мужчина 46 лет с жалобами на головокружение, головные боли, сопровождающиеся тошнотой, однократную рвоту, мельканием “мушек” пред глазами, дрожью в теле. Жалобы появились впервые после сильного стресса. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости увеличена на 1,5 см. Тоны громкие, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС=88 в минуту. АД=175 на 95 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. На ЭКГ: Ритм синусовый, 88 в минуту. Отклонение электрической оси сердца влево, RV6>RV5>RV4, SV1+RV6=35мм. Вопросы:1.Какие синдромы и симптомы можно выделить у данного больного?2.С какими заболевания необходимо провести дифференциальную диагностике при наличии артериальной гипертензии?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие артериальной гипертензии?4. О каких изменениях внутренних органов следует подумать, анализируя пленку ЭКГ?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз (инструментальные и лабораторные)?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение, что будет являться показанием к брюшной ангиографии для исключения стеноза почечных артерий?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные могут говорять о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больного?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11. О чем говорит нарушение речи, наличии гемиплегии у больного на фоне криза?12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №2**

На прием к врачу поликлиники обратился мужчина 53 лет с жалобами на давящие загрудинные боли, купируемые нитроглицерином при подъеме на 1 этаж или при ходьбе до 100 метров, проходящие после приема нитроглицерина. В анамнезе в течении шести лет страдает головными болями в затылочной области, головокружением, мельканием мушек перед глазами на фоне периодического повышения артериального давления до 200/120 мм рт ст. Постоянно принимает комбинацию эналаприла 10 мг х 2 раза и гипотиазида 12,5 мг, эффект от которой снизился – чаще стали отмечаться эпизоды повышения АД до указанных выше цифр, купируемые нифедипином 20 мг. Около года назад стал отмечать давящие загрудинные боли, купируемые нитроглицерином.При обследовании в поликлинике по месту жительства на велоэргометрии во время 3 ступении (75 вт) была зарегистрирована депрессия сегмента ST в III, аVF отведении в сочетании с болевым синдромом, после чего даны рекомендации по корректировки лечения и запланирование на плановую коронарографию, на которую больной не явился. Вопросы: 1.Какие синдромы и симптомы можно выделить у данного больного?2.С чем необходимо дифференцировать болевой синдром за грудиной, возникший у больного?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие стенокардии?4. О каком заболевании возможно подумать, анализируя пленку ЭКГ?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз ИБС (инструментальные и лабораторные)?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение, является ли положительная проба с физической нагрузкой показанием для выполнения КАГ?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели будут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данного больного и какое исследование покажет необходимость назначения больному более агрессивного лечения ИБС и выполнению КАГ (до появления инфаркта миокарда)?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11. О чем говорит появлении в груди давящих загрудинных болей, не купирующихся нитроглицерином, а на ЭКГ регистрация элевация сегмента ST в III, аVF c реципрокными изменениями на противоположной стороне?12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №3**

В приемный покой районной больницы доставили мужчину с жалобами на выраженные загрудинные боли, не купируемые нитроспреем, одышку в покое, холодный липкий пот, общую слабость. В анамнезе в течении шести лет страдает головными болями в затылочной области, головокружением, мельканием мушек перед глазами на фоне периодического повышения артериального давления до 200/120 мм рт ст. Около года назад стал отмечать давящие загрудинные боли, купируемые нитроглицерином.При обследовании в поликлинике по месту жительства на велоэргометрии во время 3 ступении (75 вт) была зарегистрирована депрессия сегмента ST в III, аVF отведении в сочетании с болевым синдромом, после чего даны рекомендации по корректировки лечения и запланирование на плановую коронарографию, на которую больной не явился. Сегодня около трех ночи у больного возникли распирающие боли за грудиной, не купируемые нитроглицерином, холодный липкий пот, выраженная слабость. Родственниками в шесть утра был доставлен в приемный покой РБ. На момент осмотра состояние тяжелое. В пространстве, времени и собственной личности ориентирован. Рост 168 см , вес 90 кг. Контакт с больным сохранен, но на поставленные вопросы отвечает с замедлением из-за выраженного болевого синдрома и слабости. Кожные покровы и видимые слизистые – бледные. Выраженная потливость. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Сатурация кислорода 91% без поддержки кислорода.Тоны сердца приглушены, ритмичные АД 115/70 мм рт ст ЧСС 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.Размеры печени по Курлову 11 х 9 х 8 см.Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.Отеков нет. При поступлении в приемный покой: ОАК: эритроциты 4,7 х 1012/л, Hb-143 г/л, Ht-43%, ЦП-0,91, лейкоциты – 14,5х109л, тромбоциты 230 тыс/мкл, СОЭ 8 мм/час. Биохимический анализ крови:глюкоза крови 5,3 ммоль/л, Сl-105 ммоль/л, К – 3,9 ммоль/л, Na-142 ммоль/л, общий холестерин 6,7 ммоль/л, триацилглицериды – 2,8 ммоль/л, тропонин Т 131 нг/л, Мb-КФК -48 ммоль/л, АЛАТ 60 ЕД /л , АСАТ 82 ЕД/л, билирубин 16,3 ммоль/л, билирубин прямой 5,9 ммоль/л, белок общий 68 г/л, мочевина 16 ммоль/л, креатинин 156 мкмоль/л, СРБ 2 мг/л, щелочная фосфатаза 49 МЕ/л, альбумины 47 г/л . Рентгенография органов грудной клетки: без видимой патологии ЭКГ: На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 92 в минуту, c элевацией сегмента ST до 4 мм в I, аVL, V1-V5 с депрессией сегмента ST во II, III, аVF. Отклонение ЭОС влево. RV6>RV5>RV4. Индекс Соколова-Лайона -45 мм. Эхо-КС: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) 1,3 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП 1,3 см), КДО 210 мл, КСО 70 мл, КДР 6,1 см, КСР-4,0см.Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 55%. Участок гипокинезии передне-перегородочной области. КАГ: Левый тип кровоснабжения миокарда.Окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии. Гемодинамически незначимый стеноз правой коронарной артерии 40%. Гемодинамически незначимый стеноз огибающей артерии 30%. Список вопросов:1.Какие синдромы и симптомы можно выделить у данного больного?2.С чем необходимо дифференцировать болевой синдром за грудиной, возникший у больного изначально?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие инфаркта миокарда?4. О каком заболевании возможно подумать, анализируя пленку ЭКГ при поступлении?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз ИБС, ИМ (инструментальные и лабораторные)?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение, является ли положительная проба с физической нагрузкой показанием для выполнения КАГ?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели говорят о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больного и какое исследование показало необходимость назначения больному более агрессивного лечения ИБС и выполнению КАГ (до появления инфаркта миокарда)?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11. О чем говорит появлении на ЭКГ кривая в виде синусойды, невозможно выделить комплексы QRS, сегмент ST, зубец T, хаотичность, нерегулярность и резкая деформация желудочковых волн, которая регистрируется с частотой 250-300 в минуту?12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации13.В какой последовательности вы будете выполнять данную экстренную манипуляцию больному?

**Ситуационная задача № 4**

На прием к врачу поликлиники обратился мужчина 48 лет с жалобами на одышку, учащенное сердцебиение, возникающие при минимальной нагрузке и в покое, приступы сердечной астмы, ночной кашель, выраженные отеки нижних конечностей. Отмечает резкое ограничение работоспособности и физической активности. Из анамнеза выяснено, что мужчина в течение последних 6 месяцев перенес 2 крупноочаговых передне-распространенных инфаркта миокарда. После выписки из ста-ционара получал назначенную терапию, однако иногда беспокоили давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, которые возникали при подъеме на 1 этаж или при ходьбе до 100 метров и проходили после приема нитроглицерина. В последние 2 месяца больной стал отмечать возникновение одышки при минимальной нагрузке, появление и нарастание отеков нижних конечностей. При осмотре: Кожные покровы бледного цвета, акроцианоз. Имеются выражен-ные плотные, холодные на ощупь, отеки нижних конечностей до верхней трети голеней. При осмотре области сердца видна прекордиальная пульсация. При пальпации области сердца так же определяется пульсация, усиливающаяся на левом боку. При перкуссии увеличена левая граница относительной тупости сердца влево на 2,5 см. При аускультации тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 86 в минуту, шумов не слышно. Пульс рит-мичный, слабого наполнения и напряжения, 86 в минуту. АД - 110 и 70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы над нижними отделами легких. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Мочеиспускание безболезненное, учащенно ночью. На ЭКГ: Ритм синусовый, 86 в минуту. В отведениях I, aVL, V1-V4 подъем сегмента ST выше изолинии и отрицательный зубец T. Эти же изменения были зафиксированы на предыдущих ЭКГ и сохраняются в течение 6 месяцев.На Эхо-КС: Расширение левого предсердия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Глобальная и локальная сократительная функция снижена. ФВ 37%. Жидкости в полости перикарда не выявлено. Вопросы: 1.Какие синдромы и симптомы можно выделить у данного больного?

2.С чем необходимо дифференцировать одышку, возникшую у больного?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие сердечной недостаточности?4. О каком заболевании возможно подумать, анализируя пленку Эхо-КС больного?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз сердечной недостаточности (инструментальные и лабораторные)?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение, что может явиться показанием для реконструктивных операций на сердце?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели могут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной ?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11. О чем говорит появлении выраженной одышки у больного, появление кровавой пены изо рта?12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача № 5**

Больная Е., 31 лет, почтальон. При поступлении жалобы на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах, боль при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14-15 часов дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость.Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли ноющие боли в суставах ки-стей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обраща-лась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин без существенного эффекта. Ухудшение состояния в последние 4 месяца, когда значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы, развились скованность, субфебрилитет, похудание. По совету соседки принимала ас-пирин, диклофенак с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4ºС. Кожный покров и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5 х 0,5 см. Отмечается припухлость проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов 2 - 4 пальцев кистей. При пальпации определяется их тестообразная консистентность. Сила сжатия кисти в кулак снижена. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Контуры лучезапястных, локтевых, плечевых суставов сглажены, объем активных и пассивных движений в них ограничен из-за болей. Коленные суставы дефигурированы, увеличены в объеме, определяется гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. Лимфатические узлы доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=78 в мин. АД=120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме, отеков нет.ОАК: Нв– 100 г/л, ЦП– 0,9, тромбоциты– 540 х 109/л, лейкоциты– 10,5 х 109/л, нейтрофилы п/ядерные– 4%, с/ядерные– 66%, моноциты– 10%, лимфоциты– 20%, СОЭ– 46 мм/ч. Биохимические показатели крови: общий белок 68 г/л, С-реактивный белок +++, фиб-риноген 4,38 мг/дл, Ревматоидный фактор +++Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные узуры в эпи-физах II-III пястных костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов II-IV слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа. Вопросы: 1.Какие синдромы и симптомы можно выделить у данного больного?

2.С чем необходимо дифференцировать суставной синдром, возникший у больного?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие ревматойдного артрита?4. О каком заболевании возможно подумать, анализируя поражения суставов больного и некоторые лабораторные показатели?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз ревматойдного артрита (инструментальные и лабораторные)?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели могут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной ?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?

**Ситуационная задача №6**

Больная Д., 32 года, поступила в стационар с жалобами на боль в коленных, лучезапястных, плечевых суставах (боль носит «мигрирующий», «летучий» характер), сердцебиение, одышку при физической нагрузке (быстрая ходьба, подъем на 2-й этаж по лестнице).Из анамнеза известно, что 14 дней назад она переболела ангиной.При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура 37,8С.Контуры коленных, лучезапясных суставов сглажены, температура тела над ними повышена, движения ограничены из-за болей и припухлости. Плечевые суставы внешне не изменены, на ощупь горячие, движение ограничены из-за болевого синдрома. Миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, рыхлые, в криптах гнойные пробки. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 17 в минуту. Границы относительной сердечной тупости представлены ниже. Межреберье Справа Слева II По краю грудины На 1,5 см кнаружи от края грудины III На 0,5 см кнаружи от края грудины На 0,5 см кнутри от среднеключичной линии IV На 1,0 см кнаружи от края грудины По среднеключичной линии V На 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии Тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается дующий систолический шум. Шум не меняется при перемене положения тела, хорошо проводится в левую подмышечную область. Число сердечных сокращений 100 в минуту, ритм правильный, АД- 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Результаты обследования: ОАК: Hb-128 г/л, эритроциты-3,8 х 10 12/л, ЦП-0,9, тромбоциты – 280 х 109/л, лейкоциты -11,5 х 109/л, нейтрофилы п/ядерные – 17%, сегментоядерные – 63%, моноциты – 5%, лимфоциты – 15%, СОЭ-35 мм/ч.Биохимические показатели крови: билирубин общий: 16,6 мкмоль/л, АЛАТ – 18 ед/л, АСАТ- 16 ед/л, мочевина – 6,12 ммоль/л, креатинин- 60 мкмоль/л, общий белок – 75 г/л, фибриноген – 5,7 г/л, С-реактивный белок +++, АСЛО – 1:340 Ед, АСТ -1:750 Ед .Вопросы: 1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С чем необходимо дифференцировать изначально возникшую одышку у больной?3.Наличие жалоб больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие ревматической болезни сердца?4. О каком заболевании возможно подумать, анализируя анамнез заболевания и данные объективного обследования при поступлении?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз(инструментальные и лабораторные)?

6.Что будет являться показанием для направления больной в специализированное учреждение и показанием для выполнения протезирования клапана?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели говорят о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10.Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11. О чем будет говорить резкое нарастание одышки, наличие кровавой пены у больной?12. Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации

**Ситуационная задача №7**

Больная П., 42 г., поступила в клинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила одышку при физической нагрузке. Ухудшение состояния в течение последнего года: появились и стали нарастать одышка при обычной физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Также удалось выяснить, что в детстве часто болела ангинами, в 20 лет были боли в суставах после очередной ангины. Однако симптомы быстро прошли, к врачам не обращалась. Беременностей не было. Профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. При осмотре состояние средней тяжести. Астенического тело-сложения. Кожные покровы бледные. Определяется усиленная пульсация сонных артерий. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Отеки стоп, голеней. ЧД - 26 в минуту. При сравнительной перкуссии определяется легочный звук. Границы легких при топографической перкуссии в пределах нормы. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок увеличенный, пальпируется в шестом межреберье по передней подмышечной линии. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы сердца: левая - 1,5 см кнутри от передней подмышечной линии в шестом межреберье, правая – на I см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро. При аускультации выявляется ослабление I тона на верхушке сердца. Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Ритм сердца правильный. Во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина- Эрба выслушивается мягкий, дующий, протодиастолический шум. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный, 96 в минуту. Дефицита пульса нет. АД 150/40 мм рт.ст.Живот нормальной формы, симметричен. Характер перкуторного звука тимпанический. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный.Размеры печени по Курлову: 14x12x11 см. При пальпации нижний край печени выступает из правого подреберья на 3-4 см, мягкой консистенции, безболезненный, поверхность печени ровная. Селезенка не увеличена.Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 15х109/л, эритроциты - 3,5х1012/л, сегментоядерные - 61 %, палочкоядерные - 6 %, эозинофилы - 3 %, лимфоциты - 25 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 15 мм/ч.СРБ отрицательный, титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД).Общий анализ мочи: удельный вес - 1017, глюкозы, белка нет, лейкоциты - 1-3 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.ЭКГ: высокий зубец R в отведениях V5-6, глубокий S в V1-2, депрессия сегмента ST в V5-6, двухфазный T в отведениях V5-6 Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца с подчеркнутой «талией», увеличенным левым желудочком, закругленной верхушкой. Вопросы:1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание больной?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие аортального стеноза?4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя данные аускультации и рентгенографию грудной клетки?5.Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз (инструментальные и лабораторные) ?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели будут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10.Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11. 11. О чем будет говорить резкое нарастание одышки у больной, падение сатурации до 80%?12. Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №8**

Больная С., 22 лет, секретарь. Обратилась в поликлинику с жалобами на выражен-ную общую слабость, повышение температуры тела до 37,5С, боли в межфаланговых суставах кистей и затруднения при попытке сжать левую кисть в кулак, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, появление сыпи на лице, наружной поверхности предплечий, на локтях и в зоне декольте, выпадение волос. Вышеуказанные симптомы возникли около недели назад после отдыха на берегу озера, где больная загорала. При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,8С. На коже спинки носа и скулах, в зоне декольте и на разгибательных поверхностях предплечий определяются яркие эритематозные высыпания, несколько усиленное выпадение волос. Отмечается припухлость проксимальных межфаланговых суставов 2 - 3 пальцев кистей. При пальпации определяется их тестообразная консистентность. Сила сжатия кисти в кулак снижена. При аускультации легких слева ниже угла лопатки выслушивается шум трения плевры, в остальных отделах дыхание везикулярное. ЧД=17 в мин. Перкуторно границы сердца не расширены, тоны ясные, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=78 в мин. АД=135/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме, отеков нет.ОАК: Нв– 105 г/л, эритроциты 3,6 х 1012/л, ЦП– 0,88, тромбоциты– 105 х 109/л, лейкоциты– 3,1 х 109/л, нейтрофилы п/ядерные – 3 %, с/ядерные– 59 %, моноциты– 10%, лимфоциты– 28%, СОЭ– 46 мм/ч. Биохимические показатели крови: Билирубин общий 26,6 мкмоль/л,АлАт 18 Е/л, АсАт 16 Е/л, мочевина 6,12 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, общий бе-лок 75 г/л, РФ отр, С-реактивный белок ++, антитела к нативной ДНК ++, антитела к денатурированной ДНК ++, АНФ положительный; LE клетки 3 – 4 в поле зрения, ИФА на ВГ «С»- отр., HBS ag отр., ИФА на ВИЧ 1-2 - отр., РМП сифилис отриц.ОАМ: уд. вес 1017, белок 0,0058 ‰, лейкоциты 1 -3 в п/зр., эритроциты 1 -2 в поле зрения, цилиндры нет.

Вопросы: 1.Какие синдромы и симптомы можно выделить у данной больной? 2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать наличие серозита у больной?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие системной красной волчанки?4. О каком заболевании возможно подумать, анализируя инструментальные и лабораторные данные больной?5. Какие основные и какие дополнительные методы обследования подтверждают предполагаемый диагноз?6.Что будет являться показанием к направлению больного в специализированное отделения и показанием к ГИБТ лечению?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данной больной будет являться?

9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели будут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной ?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11.О чем говорит наличие нефротического криза у больной? 12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №9**

Больная М., 75 лет, обратилась с жалобами на боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической физической нагрузке, лихорадку до 38,5 С, выраженную слабость, потливость по ночам. Из анамнеза известно, что заболела остро, с повышением температуры до 38,5 С, появлился сухой кашель, слабость. К врачу не обращалась, принимала жаропонижающие и отхаркивающие препараты. На третий день присоединились боли в грудной клетки справа, связанные с кашлем и глубоким дыханием. Кроме того выяснено, что в течении пяти лет страдает ревматойдным артритом, постоянно принимает ГКС (преднизолон 20 мг), периодически получала лечение цитостатиками.При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Бледная. Грудная клетка нормостенического типа, справа отстает в акте дыхания, голосовое дрожание и бронхофония над S8-10 справа усилены.Перкуторно над нижней долей правого легкого определяется укорочение перкуторного звука, здесь же локально выслушивается бронхиальное дыхание, звучные мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные АД 100/70 мм рт.ст. Пульс 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.Результаты обследования.ОАК:Hb -112 г/л, лейкоциты – 3,8 х 10/л, э-2%, п-12%, с-70%, л-12%, м-4%,СОЭ-52 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар 5,2 ммоль/л; мочевина-9,6 ммоль/л; биллирубин общий-15,7 ммоль/л; АЛАТ -72 ед/л; АСАТ – 80 ед/л; ревматойдный фактор – 612; ПТИ-115%. Анализ мокроты: светлая, слизисто-гнойная.КУМ не обнаружены.Лейкоциты 20-30 (с/я-89%, л-11%). Тяжи слизи, клетки плоского эпителия без изменений, макрофаги-2-3. Микробиологическое исследование грудной клетки: справа в нижнем поясе обширная негомогенная инфильтрация легочной ткани без четких границ. Слева в плевральной полости небольшое скопление выпота. Тень сердца расположена срединно.

1.Какие синдромы можно выделить у данной больной? 2.С чем необходимо дифференцировать изначально возникшую одышку у больного?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие пневмонии?4. О каком заболевании возможно подумать, анализируя рентгенограмму легких?5. Какие основные и какие дополнительные методы обследования подтверждают предполагаемый диагноз?6.Что будет являться показанием к направлению больного в специализированное отделения и показанием для выполнения КТ легких?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели говорят о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной ?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11.О чем говорит наличие снижение сатурации крови ниже 70% .12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №10**

 В отделение пульмонологии госпитализована больная К., 70 год, с жалобами на интенсивный кашель с отделением большого количества вязкой гнойной мокроты, одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, усиливающуюся в горизонтальном положении, приступ экспираторного удушья в ночное время, повышение температуры тела до 38С, слабость, усталость, нарушение сна. Из анамнеза выяснено, что на протяжении 30 лет курит до 1,5 пачки сигарет в сутки. В течении последних 25 лет отмечает малопродуктивный кашель, иногда возникающий в ночное время, усиливающийся в холодную и дождливую погоду. Около 10 лет назад появилась одышка экспираторного характера при умеренной физической нагрузке. С этого времени ежегодно на фоне вирусной инфекции отмечает усиление кашля и увеличение продукции мокроты. Мокрота становится желто-зеленого цвета, иногда с появлением неприятного запаха, откашливается с трудом. В связи с этим неоднократно находилась на стационарном лечении. Получала антибактериальную терапию, регулярно принимала бронхолитические препараты, муколитики, физиотерапевтическое лечение. Данное ухудшение длятся около недели.Вышеперечисленные жалобы появились на фоне переохлаждения.Больная госпитализирована в отделение пульмонологии. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледно-розовый, повышенной влажности, чистый, горячий на ощупь.Температура тела-37,8С.Повышенного питания.Частота дыхания-25 в минуту. Грудная клетка эмфизематозноя.Над легкими перкуторно-легочный звук с коробочным оттенком.При аускультации легких –везикулярное дыхание с жестким оттенком, масса сухих рассеянных хрипов по всем легочным полям, слышных на расстоянии, фаза выдоха удлинена. Границы относительной тупости не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены.ЧСС98 в минуту. АД 130/80 мм рт ст. Результаты обследования: ОАК: Hb-128 г/л; эр.-3,08 х 10 12/л; лейкоциты -12,7 х 109/л; э-4%, п-12%, с-62%, л-20%, м-2%; СОЭ-46 мм/час. Общий анализ мокроты: характер- гнойный, консистенция- вязкая. КУМ не обнаружены. Лейкоциты – 40-50 в поле зрения (с/я 91%, л-9%).Тяжи слизи, дегенеративные изменения в клетках плоского эпителия, коккобациллярная микрофлора, макрофаги-6-10. Микробиологическое исследование мокроты: выделена H.influenzae. Спирометрия: ОФВ1-65%, ОФВ1/ФЖЕЛ-68% от должных величин. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС -105 в минуту. Рентгенография: легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок усилен, деформирован по мелкоячеистому типу. Легочные поля повышенной прозрачности. Корни малоструктурны, не расширены. В нижних поясах с обеих сторон участки фиброзных изменений. Синусы свободные.Тень средостения расположена срединно. ФБС: признаки 2-стороннего гнойного эндобронхитаII-III ст. активности воспаления.Список вопросов:1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?

2.С какими заболевания необходимо дифференцировать заболевание у данного больного?

3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие ХОБЛ?4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя ФВД больного?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз(инструментальные и лабораторные) ?6.Назовите показания для направления больного в специализированное учреждение?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели говорят о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больного и обострении течения ХОБЛ?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11.О чем будет говорить снижение сатурации у данного больного?12. Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации

**Ситуационная задача №11**

В отделение пульмонологии доставили пациента К., 43 лет с жалобами на длительный приступ удушья в течении суток, мучительный кашель. В анамнезе считает себя больным с семилетнего возраста, когда стал отмечать чувство сдавления в грудной клетке, одышку экспираторного характера, возникающую как при контакте с пыльцой растений, так и на фоне частого ОРВИ, преимущественно в ночное время и весной. Из сопутствующих заболеваний страдает полипозом, стоит на учете у ЛОР врача: дважды оперирован по поводу аденойдов. При выполнении спирографии было выявлено снижение ОФВ1. Тест с сальбутамол показал показал увеличение ОФВ1 на 21% (390 мл) после использования препарата. Последние показатели ОФВ1 у больного около месяца составляли 53%, вариабельность ПСВ составляет более 30%. Постоянно принимает комбинацию формотерола и будесонида, по потребности ингаляции сальбутамола до 4-5 раз в сутки. Дневные приступы возникают ежедневно, ночные приступы до 3-4 раз в неделю, что приводит к нарушению трудоспособности больного. После переохлаждения около 3-4 дней назад и выраженного кашля возникла потребность в учащении ингаляций сальбутамола, последний день практически без эффекта. Больным была вызвана скорая помощь: при аускультации врачом в легких - масса свистящих хрипов, при этом введение дексона 8,0 без явного эффекта. Больной доставлен в приемное отделение районной больницы, где у больного сохраняются крепетирующие хрипы в сочетании с участками немого легкого, в неврологическом статусе отмечается возбуждение больного, речь нарушена из-за невозможности сделать полный вдох. При осмотре состояние тяжелое. Положение вынужденное - сидит в постели, опираясь на руки. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Аускультативная картина описана выше. Частота дыхания 22 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, ЧСС -112 в минуту, экстрасистолы 7-8 в минуту. AД - 100/60 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. перкуторные размеры её по Курлову 9\*8\*7 см. Периферических отеков нет. ОАК: гемоглобин-141 г/л. эритроциты-5,3х1012/л, лейкоциты - 9,2х109/л., п/я-6%, с/я 62%, э.-6%, м.- 2%, л-24%. СОЭ-28 мм/ч ОАМ: Биохимический анализ крови: Фибриноген-5 г/л.(норма 2-3,5), СРБ – 12 мг/л (норма 0- 5,0мг/л).Иммунологическое исследование: в мокроте и крови обнаружено высокое содержание IgE.Анализ мокроты: мокрота вязкая стекловидная, лейкоциты -20/100 - 30/100 клеток; эритроциты - abs; эозинофилы >30/100 клеток; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.Спирали Куршмана+; кристаллы Шарко-Лейдена ++.Рентгенография грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачости, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок избыточен, деформирован, корни структурны. Диафрагма опущена. Синусы свободны.ЭКГ: ритм синусовый, правильный, единичные желудочковые экстрасистолы. Признаки систолической перегрузки правых отделов сердца. КОС: pH - 7,33; PaO2 - 65 мм рт ст; PaCO2 - 48 мм рт ст; BE - (-) 3,5; SB – 17Список вопросов:

Список вопросов: 1.Какой ведущий синдром можно выделить у данного больного?

2.Какой тест помогает изнально отдифференцировать бронхиальную астму от ХОБЛ у данного больного?3.На что указывают жалобы, клиническая картина и данные инструментальных данных у больного в анамнезе, при приезде скорой помощи и в приемном покое?4. О чем свидетельствует изменение жалоб и клинической картины (возникновение «немого легкого» и т.д.) у больного?

5.Какие методы могут подтвердить усугубление вентиляционных отношений у данной больной?

6.Назовите показания у данного больного для госпитализации в специализированное учреждение, какой современный ГИБТ препарат можно применить в качестве специализированного лечения у данного больного?7.Назначение каких групп препаратов составляло бы адекватное терапевтическое лечение у данной больной?8.Назначение каких групп препаратов является основным патогенетическим лечением у данного больного? 9. Какие показатели ФВД и клинические данные по анамнезу заболевания больного говорят о неконтролируемом течении бронхиальной астмы и необходимости назначения более адекватного лечения? (до переохлаждения)10.Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11.О чем говорит наличие у больного участков немого легкого?12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №12**

Больная К Л., 65 лет, учительница , поступила с жалобами на кровотечение из лунки удаленного накануне зуба. В течение прошедшего месяца отмечала слабость, утомляемость, потливость. К врачам не обращалась. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и слизистые бледные, на коже передней поверхности грудной клетки определяется петехиальная сыпь. Десны гиперплазированы, кровоточат. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. АД – 110/70 мм. рт. ст. Пульс – 92 уд./мин. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка вы-ступает на 3 см из под края реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез в норме.ОАК: Нв – 75 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 15 х 109/л, лейкоциты – 2,3 х 109/л, бласты - 20%, миелоциты 6% , п/ ядерные – 4 %, с/ядерные – 18 %, моноциты – 2 %, лимфоциты – 50 %, СОЭ 55 мм в час.Миелограмма: бласты 40%, лимфоциты 20%; эритроидный, мегакариоцитарный ростки угнетены. Миелопероксидаза положительная в 100%. Вопросы:1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание больной?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие острый лейкоз?4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя ОАК и биохимический анализ крови больного?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз (инструментальные и лабораторные) ?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели говорят о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10.Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11.О чем говорит наличие резко выраженной одышки у больной с падением сатурации ниже 80?12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №13**

В приемный покой привезли женщину, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку, сердцебиение, возникающее при выполнении домашней работы, беспричинные синяки на теле, кровоточивость десен.Ухудшение состояния отмечает в течении последних 2-х месяцев.Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРЗ, ангины. В акушерскоманамненезе: месячные регулярные, необильные, беременностей – 2, родов -2.Объективно: общее состояние средней степени тяжести, нормостенический тип телосложения. Кожный покров и видимые слизистые бледные. На передней поверхности грудной клетки петехиальные высыпания, на верхних и нижних конечностях геморрагии от 0,5 до 3 см в диаметре различной давности.На слизистой ротовой полости множественные геморрагии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС-100 в минуту, АД -90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени, селезенки не увеличены.Диурез в норме. Отеков нет. В ОАК: Hb-38 г/л, эр.1,5х 1012, ЦП-0,9, МСV-80, МСH-27, лейк. – 2,2 х 109/л, нейтрофилы п/ядерные-4%, с/ядерные- 36%, моноциты-5%, эозинофилы 3%, базофилы 2%, лимфоциты-50%, СОЭ-28 мм/час; железо сыворотки-16 мкг/дл.Ретикулоциты-2%.ОАК: без патологии.Анализ кала: без патологии.Миелограмма: клеточность снижена, бласты-3,2%, гранулоцитный, эритройдный, мегакариоцитарный ростки угнентены, лимфоциты -20%.

1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать геморрагический синдром, возникший у больной?3Наличие жалоб больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие апластической анемии?4. О каком заболевании возможно подумать, анализируя анамнез заболевания и данные объективного обследования при поступлении?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз(инструментальные и лабораторные)?6.Назовите показания больной для направления в специализированное учреждение?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели говорят о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11. О чем говорит наличие резко выраженной одышки у больной с падением сатурации ниже 80?12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №14**

К терапевту обратился больной В., 16 лет, с жалобами на боль и припухлость правого коленного сустава, возникшую на 2-ой день после незначительной травмы. Из анамнеза удалось выяснить, что отмечается склонность к возникновению "синяков" даже при небольших ушибах, после удаления зуба (год назад) кровотечение долго не останавливалось. Подобные жалобы есть и у двоюродного брата по материнской линии. При расспросе выяснилось, что дед, по материнской линии, умер от кровотечения во время операции. Объективно: температура 36,8°С. Общее состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. На правом бедре гематома 5 х 10 см. Правый коленный сустав увеличен в объеме, гиперемирован, угол сгибания 90о, разгибания 130о. Другие суставы внешне не изменены, движения сохранены в полном объеме. Дыхание везикулярное, ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.ОАК: Нв – 120 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 225 х 109/л, лейкоциты – 10,5 х 109/л, п/ ядерные – 2 %, с/ядерные – 48 %, эозинофилы – 2%, моноциты – 8 %, лимфоциты – 40 %, СОЭ 25 мм в час.

Вопросы: 1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание больной?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие гемофилии?4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя анамнез и данные внешнего осмотра больного?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение?

7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?

9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели будут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?

10.Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11. . О чем говорит наличие резко выраженной одышки у больного с падением артериального давления, тахикардией, падением Hb ниже 60 г/л после небольшой травмы живота ?12.Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача № 15**

У больного В., 39 лет, заболевание началось остро: болело горло, появилась температура до 39 . Через 4 дня боли в горле исчезли, но вскоре появились отеки на лице, одышка, общая слабость, головная боль, боль в пояснице. Объективно: вес – 72 кг, рост – 173 см, лицо отечное, бледное; отеки на всем теле. Утром АД - 160/100 мм рт.ст. Был госпитали-зирован в стационар. В ОАМ – белок 1,5 %0, суточная протеинурия – 2,3 г/л. Уд. вес мочи – 1025. В осадке мочи – выщелоченные эритроциты покрывают все поле зрения, еди-ничные гиалиновые и зернистые цилиндры. Креатинин крови: 98 мкмоль/л. Уд. вес мочи в пробе Зимницкого колеблется от 1012 до 1023. Дневной диурез – 400 мл, ночной – 300 мл. Несмотря не лечение, состояние прогрессивно ухудшается, отеки не уменьшаются. Через 6 месяцев выявлено ускорение СОЭ до 55 мм в час, умеренный лейкоцитоз (10\*109/л). Уд. вес мочи в пробе Зимницкого стал 1010-1012 при нормальном диурезе. Суточная протеинурия – 4,2 г., креатинин крови – 280 мкмоль/л. Через 7 месяцев отмечается резкое похудание, кожные покровы сухие, шелушащиеся, бледные, лицо одутловатое, отечность конечностей, признаки асцита. Появилась рвотаАД 220/100 мм рт.ст. Уд. вес мочи – 1008-1010. Креатинин крови 470 мкмоль/л.Вопросы:1.Какие синдромы можно выделить у данного больного?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание, возникшее у больного?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие гломерулонефрита?4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя ОАМ и биохимический анализ крови больного?

5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз (инструментальные и лабораторные) ?6. Назовите показания больной для госпитализации в специализированное учреждения и выполнение гемодиализа?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели говорят о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11.О чем будет говорить резкое нарастание отеков, энцефалопатии у больного с потерей белка и нарастанием креатинина?12. Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №16**

Больная 25 лет предъявляет жалобы на периодические ноющие боли в поясничной области, пастозность лица по утрам, частое мочеиспускание (ночью мочится несколько раз). Периодически отмечает познабливание. В анамнезе в прошлом цистит, перенесенный острый приелонефрит во время беременности несколько лет назад. Объективно – небольшая пастозность и бледность лица. Температура тела 37,20С. Сердце – границы в норме, тоны чистые. АД 125/80мм рт. ст. Небольшая болезненность при покалачивании в поясничной области, больше справа. В ОАМ: удельный вес – 1011, белок – 0,99%0, в осадке эритроциты выщелоченные 2-3 в поле зрения, лейкоцитов до 10 в поле зрения, зернистые цилиндры единичные в поле зрения. Проба по Зимницкому: колебания удельного веса мочи 1008-1014, ночной диурез равен дневному. При исследовании осадка мочи по Аддис-Каковскому найдено эритроцитов 2000000, лейкоцитов – 6000000. Мочевина крови 6,3 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 90 мл/мин/1,73м2.При исследовании мочи на стерильность высеяна кишечная палочка в количестве 1 105 в 1 мл.Вопросы: 1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание больной?3.Какие жалобы больного и лабораторные данные позволяют заподозрить у больного наличие пиелонефрита?

4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя ОАМ, пробу Зимницкого и исследование осадка мочи по Аддис-Каковскому?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз (инструментальные и лабораторные) ?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели будут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10.Назначьте адекватное лечение в данной ситуации.

**Ситуационная задача № 17**

Больной К., 39 лет, обратился в приемное отделение с жалобами на схваткообразные боли в эпигастрии и в правом подреберье, беспокоящие днем и в ночное время, проходящие после приема пищи и возобновляющиеся примерно через 1,5 часа после еды. Кроме этого, беспокоит тошнота и периодическая рвота, возникающая на высоте болей, после которой отмечается уменьшение болевого синдрома.Боли в животе появились около недели назад. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал но-шпу, после чего боли несколько уменьшались. Последние 2 дня отмечает усиление болей, появились тошнота, рвота, снизился аппетит. Из анамнеза жизни: Курит на протяжении 20 лет по 20 сигарет в день. Работает посменно, питание нерегулярное. Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое. Рост 180 см, вес 70 кг. Кожные покровы обычной окраски, повышенное потоотделение. Ритм сердца правильный, ЧСС 62 в 1 мин., АД 110/60 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, отмечается локальная болезненность правее на 3 см от средней линии живота и на 3 см ниже правого подреберья, здесь же мышечное напряжение и болезненность при перкуссии. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. Уреазный дыхательный тест - положительный

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода гиперемирована в нижней трети. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, больше в антральном отделе, где по задней стенке, ближе к луковице 12-п. кишки определяется глубокий (примерно 5-6 мм) язвенный дефект диаметром 16 мм, края язвы подрыты, конвергенция складок выражена слабо (фото). Луковица 12-перстной кишки гиперемирована, залуковичные отделы гиперемированы, отмечаются единичные лимфангиоэктазии по типу «манной крупы».Вопрос: 1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание больной?

3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие язвенной болезни?4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя клинику и ЭГДС больного?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз (инструментальные и лабораторные) ?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели будут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10.Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11.О чем будет свидетельствовать выраженный болевой синдром в эпигастрии, падением артериального давления, рвота кофейной гущи и черный кал у больного?12. Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации.

**Ситуационная задача №18**

Больная Е., 53-х лет, предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастральной области, вздутие живота, частый стул со склонностью к поносам, небольшую тошноту, снижение аппетита, похудание. Данные симптомы усиливаются после приема пищи, особенно выражено после жирной пищи. Анамнез болезни. Больной себя считает на протяжении примерно 25 лет. Периодически, после приема жирной пищи, алкоголя, появлялись боли в эпигастрии, носящие опоясывающий характер, сопровождающиеся тошнотой, рвотой. Неоднократно лечилась амбулаторно, стационарно, получала но-шпу, фестал, мезим-форте, омепразол. Обострения заболевания отмечались 3-4 раза в год, были связаны с погрешностями в диете. Последние 2 года выраженных обострений не было, однако стали отмечаться почти постоянно вздутие живота, метеоризм, снижение аппетита, наклонность к поносам. Объективно. Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 165 см, вес 80 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажности. ЧСС 80 в мин., ритм правильный. АД 130/80 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, слегка болезненный в проекции тела и хвоста поджелудочной железы. Печень не увеличена. Отеков нет.Диастаза мочи 600 Ед/л, амилаза в крови 300Ед/л Вопрос: Вопрос: 1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание больной?

3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие язвенной болезни?4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя клинику и ЭГДС больного?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз (инструментальные и лабораторные) ?6.Назовите показания для госпитализации больного в специализированное отделение?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9.Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели будут говорить о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10.Назначьте адекватное лечение в данной ситуации.

**Ситуационная задача № 19**

Больная К., 39 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную общую слабость, увеличение объема живота, отеки голеней и стоп, снижение диуреза в дни, свободные от приема мочегонных препаратов, желтушность кожи и склер, сухость кожи, сухость во рту, жажду, снижение аппетита и вздутие кишечника, боли в правом подреберье, одышку при незначительной нагрузке, сердцебиение, подкожные кровоизлияния на ногах и животе. Больной себя считает 15 лет. После проведения операции кесарево сече-ние длительно сохранялась общая слабость, субфебрилитет. Через год появились желтушность и зуд кожи. Диагностирован хронический холангиогепатит. Ещё через 4 года стала отмечать повышение массы тела за счет увеличения объема живота и снижения ди-уреза. При очередном обследовании выявлены антитела к вирусу гепатита С, при УЗИ – признаки асцита, портальной гипертензии, увеличение размеров печени, изменение соотношения размеров долей печени (уменьшение правой доли и увеличение левой и хвостатой), неровность, бугристость контуров печени, неодородность структуры паренхимы, обеднение сосудистого рисунка,наличие узлов –регенератов размерами 0,5-1,5 см, обеденение сосудистого рисунка, «обрубленность» магистральных сосудов, деформация, уменьшение диаметра, утолщение стенок печеночных вен. Были назначены диуретики с начальным хорошим эффектом - купировались признаки асцита. Через три года, несмотря на постоянный прием мочегонных препаратов, асцит сохранялся и постепенно к нему присоединились отеки ног. Во время очередной госпитализации на ФГС выявлены признаки варикозного расширения вен пищевода, в анализах крови - анемический синдром легкой степени тяжести, гипопротеинемия с гипоальбуминемией, гепатоспленомегалия. При осмотре состояние больной средней степени тяжести, контактна, речь несколько за-медленна. Отмечается иктеричность кожи и склер, "малиновый язык", расширение вен передней брюшной стенки, резкое увеличение объема живота, напряженность передней брюшной стенки за счет асцита. При пальпации живот умеренно болезненный по ходу кишечника, вздут. Печень и селезенка не пальпируются, перкуторно - размеры печени уменьшены, спленомегалия. По данным лабораторных обследований выявлена анемия (Еr 3,8\* 1012 /L, Hb = 101 г/л), лейкопения (лейкоцитов - 3,2 \* 109 /л) и тромбоцитопения (тромбоциты - 77 тыс./мкл). Общий белок - 55,8 г/л; альбумин - 26,2 г/л; тимоловая проба - 15,7 Ед; билирубин общий - 60,6 мкМ/л, АЛТ - 190 Ед/л; АСТ - 80 Ед/л; в моче определяли ацетон и уробилин. Результат патогистологического исследования: формирующийся цирроз печени. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен правосторонний гидроторакс. 1.Какие синдромы можно выделить у данной больной?2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание, возникшее у больной?3.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие цирроза печени?4. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя ОАК и биохимический анализ крови больного?5. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз (инструментальные и лабораторные)?6.Назовите показания для направления больной в специализированное учреждение и показания для выполнения пересадки печени?7. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?8.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?9. Какие клинические, инструментальные и лабораторные показатели говорят о необходимости выполнения медицинской помощи в неотложной форме у данной больной?10. Назначьте адекватное лечение в данной ситуации?11.На что будет указывать А) усугубление энцефалопатии Б)тахикардия в сочетании с рвотой кофейной гущи, снижение ОАК в) нарастание асцита.12. Окажите экстренную помощь данному больному в этой ситуации

**Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Проверяемая компетенция  | Индикаторы достижения компетенции | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| **ПК-4**.Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) | **Инд.ПК4.1.** Готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов и синдромов заболеваний. | Уметь описать синдром или на основании полученной информации (опроса, клинических, лабораторных и инструментальных данных), наоборот, определить признаки того или иного синдрома | Вопросы для устного опроса 1-58 |
| Владеть навыком выделения основного синдрома или симптома заболевания в предоставленных жалобах, анамнезе, лабораторных и инструментальных данных предоставленного в задаче больного | Ситуационная задача 1-19 (вопрос№ 1) |
| Иметь практический опыт на основании суммирования данных жалоб, анамнеза, клинических, инструментальных и лаборатоных данных выставить ведущий синдром у конкретного больного | Отчет по практике.Представление дневника практики. |
| **Инд.ПК4.2.** Готовность к проведению дифференциальной диагностики заболеваний**.** | Уметь дифференцировать различные заболевания, имеющих один и тот же синдром | Вопросы для устного опроса 59-86 |
| Владеть навыком дифференцировки различных заболеваний, имеющих схожий синдром на основании специфичности для каждого из заболеваний жалоб, анамнеза, данных лабораторного и инструментального обследования. | Ситуационные задачи1-19 (Вопрос 2). |
| Иметь конкретный практический опыт дифференциальной диагностики какого-либо заболевания путем дополнительный опроса, использования данных лабораторного и инструментального, а также дополнительного обследования. | представление дневника практики |
| **Инд.ПК4.3.** Готовность к установлению диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). | Уметь на основании статуса пациента: жалоб, анамнеза, лабораторных и инструментальных данных выставить полный диагноз, согласно последним национальным рекомендациям по данному заболеванию | Вопросы для устного опроса 87-111 |
| Владеть навыками использования полученной от пациента информации, его инструментальных и лабораторных данных, выявленных общих и специфических признаков заболевания для постановки диагноза, отвечающего требованиям последних национальных рекомендаций | Ситуационные задачи 1-19 (вопросы 3-5) |
|
| Иметь практический опыт по постановки диагноза, отвечающего требованиям последних национальных рекомендаций, на основании жалоб, анамнеза, лабораторных и инструментальных данных пациента | представление дневника практики  |
| **ПК-5**Способность и готовность к определению у пациента показаний для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками, стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказания медицинской помощи. | **Инд.ПК5.2.** Готовность к направлению пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками, стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказания медицинской помощи | Уметь определить статус пациента: провести опрос больного со сбором анамнеза, первичное физикальное обследование, лабораторно-инструментальное обследование, наметить объем дополнительных обследований для оказания специализированной помощи | Вопросы для устного опроса 112-143 |
| Владеть навыками выявления пациентов, нуждающихся в специализированной помощи по данным клинических, инструментально-лабораторного исследований, ряда дополнительных исследований и навыками создания таких направлений | Ситуационные задачи 1-19 (вопрос 6) |
| Иметь практический опыт направлению пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара на основании полученных инструментально-лабораторных данных с поставленным диагнозом. | представление дневника практики |
| **ПК-6**.Готовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения. | **Инд.ПК6.1.** Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния, к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Уметь сформулировать показания к избранному методу лечения заболеваний внутренних органов с учетом этиотропных и патогененетических средств: обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний. | Вопросы для устного опроса 144-180 |
| Владеть навыками назначения больным адекватного терапевтического лечения в соответствии с выставленным диагнозом | Ситуационные задачи1-19 (вопрос 7,8) |
| Иметь практический опыт определеления тактики ведения больного в зависимости от полученных данных ЭКГ, ренгенологического и лабораторно-инструментального методов диагностики, данных клинического осмотра и жалоб больного | представление дневника практики |
| **ПК-1.**Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме. | **Инд.ПК1.1.** Готовность выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. | Уметь выявлять клинические, лабораторные и инструментальные признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; Уметь дифференцировать их от состояний, не требующих неотложных действий и экстренных состояний. | Вопросы для устного опроса 181-187 |
| Владеть навыком оценки симптомов, лабораторных и инструментальных исследований, указывающих на возникновение состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме | Ситуационные задачи1-19 (Вопрос 9) |
| Иметь опыт абстрактного мышления, анализировать лабораторные и инструментальные данные, синтезировать информацию для выявления и дифференциации неотложных состояний | представление дневника практики |
| **Инд.ПК1.2.** Готовность оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента. | Уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента посредством введения лекарственных препаратов или иного вмешательства. | Вопросы для устного опроса 188-203 |
| Владеть навыками оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях посредством введения медикаментозных препаратов и иного воздействия , направленных на стабилизацию жизненно-важных параметров организма | Ситуационные задачи1-19 (Вопрос 10) |
| Иметь практический опыт ликвидации состояния, обусловленного внезапным острым состоянием или обострением состояния хронического заболевания, не сопровождающихся угрозой жизни пациента путем медикаментозого или иного вмешателства. | представление дневника практики |
| **ПК-2.**Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в экстренной форме и мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. | **Инд.ПК2.3.** Готовность к выполнению мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией). | Уметь выполнять базовую сердечно-легочную реанимацию и уметь пользоваться дефибриллятором при необходимости выполнения электроимпульсной терапии | Вопрос для устного опроса 204 |
| Владеть навыками выполнения электроимпульсной терапии и базовой сердечно-сосудистой реанимации в зависимости от конкретной ситуации, требущей выполнения данного экстренного медицинского вмешательства. | Ситуационная задача 3 (вопрос 13) |
| Иметь практический опыт по ликвидации угрожающего жизни острого состояния посредством выполения базовой сердечно-легочной реанимации или электроимульсной терапии | представление дневника практики |
| **Инд.ПК2.1.** Готовность выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. | Уметь определить клинические (жалобы, анамнез, настоящее состояние и т.д.), лабораторные (КОС, биохимический анализ крови и т.д.) и инструментальные признаки состояний (ЭКГ,рентгенографии,УЗИ), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. | Вопрос для устного опроса 205-212 |
| Владеть навыками выявления в статусе больного, биохимических (КОС, б/х) и инструментальных исследованиях (ЭКГ,рентгенографии,УЗИ) признаков состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. | Ситуационные задачи1-4, 6-15, 17-19(вопрос 11) |
| Иметь практический опыт оценки клинической картины, инструментальных (ЭКГ,рентгенограмма, КТ, УЗИ) данных, направленных на выяление состояний, требующих оказания экстренной медицинской помощи | представление дневника практики |
|  | **Инд.ПК2.2.** Готовность к оказанию скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. | Уметь оказать первую врачебную помощь при неотложных и угрожающих состояниях, проводить интенсивную терапию; противошоковые мероприятия | Вопрос для устного опроса 213-223 |
| Владеть навыками оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях посредством медикаментозного или иного вмешательтства (дефибриллятором и т.д.), а также при отсутсвии необходимого оборудования | Ситуационные задачи1-4, 6-15, 17-19(вопрос 12) |
| Иметь практический опыт по ликвидации состояния, требующего экстренной медицинской помощи посредством медикаментозного или иного вмешательства данным больным | представление дневника практики |
| **ОПК-10.**Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности | **Инд.ОПК10.1.** Способность к использованию современных информационных и коммуникационных средств и технологии в профессиональной деятельности. | Уметь работать в РМИС | контроль выполнения практического задания |
| Владеть навыком заполнения электронных историй болезни | проверка практических навыков |
| Иметь практический опыт обработки медицинской информации в рамках современных информационных систем (РМИС). | представление дневника практики |

1. **Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы на практике.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по практике определены правила формирования:

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося по практике**

Текущий фактический рейтинг по практике обучающегося формируется в результате текущего контроля в ходе практики посредством проведения анализа выполнения обязательных практических навыков.

Бонусный фактический рейтинг по практике обучающегося является результатом оценки выполнения факультативных навыков в ходе практики.

Подходы к формированию текущего фактического рейтинга по практике и бонусного фактического рейтинга по практике обучающегося единые для всех видов практик и осуществляются по шкале от 1 до 70 и по шкале от 1 до 15 соответственно.

Расчет текущего фактического рейтинга по практике и бонусного фактического рейтинга по практике обучающегося осуществляется автоматически по завершении обучающимся работы над отчетом в Информационной системе Университета и доступен для преподавателя при проведении промежуточной аттестации.

Текущий фактический  рейтинг по практике формируется на основании суммарного коэффициента овладения обязательными навыками (далее – суммарный коэффициент), который рассчитывается по формуле 1.

фактическое значение / плановое значение = суммарный коэффициент  (1),

где   фактическое значение -  общее количество проделанных обучающимся обязательных манипуляций или практических действий за время практики, предусмотренных отчетом по практике;

плановое значение - общее количество запланированных обязательных для выполнения во время практики манипуляций или практических действий, предусмотренных отчетом по практике;

суммарный коэффициент- отношение фактически выполненных обучающимся и запланированных для выполненных манипуляций или практических действий в рамках программы практики.

Текущий фактический  рейтинг по практике приравнивается к

* 70 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,9 и меньше или равен 1;
* 65 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,8 и меньше или равен 0,9;
* 60 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,7 и меньше или равен 0,8;
* 0 баллов, если суммарный коэффициент меньше или равен 0,7.

Бонусный фактический рейтинг по практике формируется на основании бонусного коэффициента, который рассчитывается по формуле 2.

(суммарный коэффициент + количество факультативных навыков) / плановое значение                                                                                                                           (2),

где

количество факультативных навыков – количество выполненных за время практики необязательных манипуляций или практических действий в рамках программы практики;

 Бонусный фактический  рейтинг по практике приравнивается к

* 15 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше 2;
* 10 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше или равен 1,5 и меньше или равен 1,9;
* 5 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше или равен 1,1 и меньше или равен 1,4;
* 0 баллам, если полученный бонусный коэффициент меньше 1,1.

При расчете дисциплинарного рейтинга по практике в качестве текущего стандартизированного рейтинга применяется значение текущего фактического рейтинга, а в качестве бонусного стандартизированного применяется значение бонусного фактического рейтинга.

Правила перевода дисциплинарного рейтинга по практике в пятибалльную систему.

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС**   | **оценка по практике**  |
| дифференцированный зачет  | зачет  |
| 91– 100 баллов  | 5 (отлично)  | зачтено  |
| 71 – 89 баллов  | 4 (хорошо)  | зачтено  |
| 65–70 баллов  | 3 (удовлетворительно)  | зачтено  |
| 64 и менее баллов  | 2 (неудовлетворительно)  | не зачтено  |